[TITLUL I SĂNĂTATEA PUBLICĂ 4](#_Toc327173426)

[Cap. 1 Dispoziţii generale 4](#_Toc327173427)

[Cap. 2 Principii şi domenii de intervenţie ale sănătăţii publice 5](#_Toc327173428)

[Cap. 3 Autorităţile sistemului de sănătate publică 8](#_Toc327173429)

[Cap. 4 Dispoziţii privind obligaţiile persoanelor fizice şi juridice 13](#_Toc327173430)

[Cap. 5 Utilizarea mass-media în interesul sănătăţii publice 14](#_Toc327173431)

[Cap. 6 Inspecţia sanitară de stat 14](#_Toc327173433)

[Cap. 8 Dispoziţii tranzitorii şi finale 15](#_Toc327173438)

[TITLUL II PROGRAMELE NAŢIONALE DE SĂNĂTATE 16](#_Toc327173440)

[Cap. 1 Dispoziţii Generale 16](#_Toc327173441)

[Cap. 2 Atribuţii în realizarea programelor naţionale de sănătate 18](#_Toc327173442)

[Cap. 3 Finanţarea programelor naţionale de sănătate 18](#_Toc327173443)

[TITLUL III ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ 19](#_Toc327173444)

[Cap. 1 Dispoziţii generale 19](#_Toc327173445)

[Cap. 2 Derularea şi coordonarea activităţii de asistenţă medicală primară si comunitara 21](#_Toc327173446)

[Cap. 3 Finanţarea activităţii furnizorilor de servicii de medicina primară 24](#_Toc327173447)

[TITLUL IV ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE 25](#_Toc327173882)

[Cap. 1 Dispozitii generale 25](#_Toc327173883)

[Cap. 2 Derularea şi coordonarea activităţilor din ambulatoriile de specialitate 26](#_Toc327173887)

[Cap. 3 Finantarea activitii furnizorilor de servicii medicale de specialitate din ambulatoriile de specialitate, laboratoare si centre medicale multifunctionale 29](#_Toc327173898)

[TITLUL V SPITALELE 30](#_Toc327173901)

[Cap. 1 Dispoziţii generale 30](#_Toc327173902)

[Cap. 2 Organizarea spitalelor 30](#_Toc327173908)

[Cap. 3 Funcţionarea spitalelor 32](#_Toc327173914)

[Cap. 4 Spitalul public 34](#_Toc327173927)

[Cap. 5 Finanţarea spitalelor publice 35](#_Toc327173937)

[Cap. 6 Controlul 36](#_Toc327173942)

[Cap. 7 Dispoziţii tranzitorii şi finale 37](#_Toc327173945)

[TITLUL VI Efectuarea prelevării şi transplantului de organe, ţesuturi şi celule de origine umană în scop terapeutic 38](#_Toc327174330)

[Cap. 1 Dispoziţii generale 38](#_Toc327174331)

[Cap. 2 Donarea şi donatorul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană 40](#_Toc327174335)

[Cap. 3 Transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană 44](#_Toc327174341)

[Cap. 4 Finanţarea activităţii de transplant 44](#_Toc327174346)

[Cap. 5 Sancţiuni 45](#_Toc327174348)

[Cap. 6 Dispoziţii tranzitorii şi finale 46](#_Toc327174355)

[TITLUL VII SISTEMUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE 48](#_Toc327174361)

[Cap. 1 Definiţii generale privind sistemul de asigurări de sănătate 48](#_Toc327174362)

[Cap. 2 Sistemul de asigurări obligatorii de sănătate 50](#_Toc327174365)

[Secţiunea 1. Dispoziţii generale 50](#_Toc327174366)

[Secţiunea 2. Acordul Cadru 51](#_Toc327174372)

[Secţiunea 3. Constituirea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate 54](#_Toc327174382)

[Secţiunea 4. Utilizarea şi administrarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate 58](#_Toc327174396)

[Secţiunea 5. Rolul şi atribuţiile instituţiilor centrale 59](#_Toc327174402)

[Secţiunea 6. Asiguratorii de sănătate în sistemul de asigurări obligatorii obligatorii de sănătate 63](#_Toc327174425)

[Secţiunea 7. Persoanele asigurate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate 67](#_Toc327174436)

[Cap. 3 Organizarea sistemului de asigurări facultative de sănătate 69](#_Toc327174447)

[Secţiunea 1. Dispoziţii generale 69](#_Toc327174448)

[Secţiunea 2. Contractul de asigurare facultativă de sănătate 70](#_Toc327174455)

[Secţiunea 3. Relaţia furnizorilor de servicii de sănătate cu asiguratorii de asigurări facultative de sănătate 71](#_Toc327174462)

[Cap. 4 Drepturi şi obligaţii asiguraţilor şi furnizorilor în sistemul de asigurări de sănătate 73](#_Toc327174472)

[Secţiunea 1. Principalele drepturi şi obligaţii ale asiguraţilor 73](#_Toc327174473)

[Secţiunea 2. Principalele drepturi şi obligaţii ale furnizorilor de servicii de sănătate 75](#_Toc327174477)

[Cap. 5 Servicii de sănătate acordate asiguraţilor pe teritoriul altor state 75](#_Toc327174480)

[Cap. 6 Controlul 76](#_Toc327174484)

[Cap. 7 Răspunderi şi sancţiuni 77](#_Toc327174488)

[Secţiunea 1. Sancţiuni 77](#_Toc327174489)

[Secţiunea 2. Infracţiuni 77](#_Toc327174492)

[Secţiunea 3. Contravenţii 77](#_Toc327174496)

[Cap. 8 Dispoziţii finale 77](#_Toc327174503)

[TITLUL VIII CARDUL EUROPEAN ŞI CARDUL NAŢIONAL DE SĂNĂTATE 79](#_Toc327174505)

[TITLUL IX MANAGEMENTUL CALITĂŢII ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE 80](#_Toc327174509)

[Cap. 1 Dispoziţii generale 80](#_Toc327174510)

[Cap. 2 Sistemul de asigurare a calităţii în sistemul de sănătate 80](#_Toc327174512)

[Cap. 3 Agenţia Naţională pentru Managementul Calităţiiîn Sănătate (ANMCS) 81](#_Toc327174516)

[Cap. 4 Sistemul informaţional care stă la baza asigurării calităţii în sănătate 84](#_Toc327174525)

[Cap. 5 Dispoziţii finale 85](#_Toc327174530)

[TITLUL X PERSONALUL DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE 86](#_Toc327174532)

[TITLUL XI RĂSPUNDEREA CIVILĂ A PERSONALULUI MEDICAL ŞI A FURNIZORULUI DE PRODUSE ŞI SERVICII MEDICALE, SANITARE ŞI FARMACEUTICE 88](#_Toc327174538)

[Cap. 1 Răspunderea civilă a personalului medical 88](#_Toc327174539)

[Cap. 2 Răspunderea civilă a furnizorilor de servicii medicale, materiale sanitare, aparatură, dispozitive medicale şi medicamente 89](#_Toc327174542)

[Cap. 3 Acordul pacientului informat 90](#_Toc327174548)

[Cap. 4 Obligativitatea asigurarii asistentei medicale 91](#_Toc327174552)

[Cap. 5 Asigurarea obligatorie de răspundere civilă profesională pentru medici, farmacişti şi alte persoane din domeniul asistenţei medicale 92](#_Toc327174557)

[Cap. 6 Procedura de stabilire a cazurilor de răspundere civilă profesională pentru medici, farmacişti şi alte persoane din domeniul asistentei medicale 96](#_Toc327174569)

[Cap. 7 Dispozitii finale 98](#_Toc327174577)

[TITLUL XII FINANŢAREA UNOR CHELTUIELI DE SĂNĂTATE 99](#_Toc327174584)

[TITLUL XIII DISPOZIŢII FINALE SI TRANZITORII 101](#_Toc327174585)

# SĂNĂTATEA PUBLICĂ

1. Dispoziţii generale
3. Sistemul de sănătate este reprezentat de ansamblul tuturor structurilor medicale, organizaţiilor publice şi private, instituţiilor şi resurselor mandatate să prevină imbolnăvirile, să menţină, să îmbunătăţească şi să redea sănătatea populaţiei.
4. Asistenţa de sănătate publică reprezintă serviciile de sănătate individuale, serviciile de sănătate adresate populaţiei sau anumitor grupuri populaţionale, cât şi activităţile menite să influenţeze politicile şi acţiunile din alte sectoare care se adresează determinaţilor socio-economici şi de mediu asupra sănătăţii.

Obiectul prezentului titlu îl constituie reglementarea domeniului sănătăţii publice pe plan naţional, sănătatea publică reprezentând un obiectiv de interes social şi de securitate naţională, în contextul strategiei globale pentru bunăstare şi sănătate.

Asistenţa de sănătate publică este garantată de stat şi finanţată prin bugetul Ministerului Sănătăţii, de la bugetul de stat sau din veniturile proprii, bugetele locale şi din alte surse, după caz, potrivit legii.

Responsabilitatea şi coordonarea sistemului de sănătate publică revine Ministerului Sănătăţii şi structurilor sale de specialitate, organizate pe criterii de competenţe şi responsabilităţi la nivel naţional şi teritorial.

Protecţia stării de sănătate constituie o obligaţie a tuturor autorităţilor administraţiei publice centrale şi locale, precum şi a tuturor persoanelor fizice şi juridice.

1. În înţelesul prezentului titlu, termenii şi noţiunile folosite au următoarea semnificaţie:
2. Sănătatea publică: ştiinţa prevenirii bolilor, promovării sănătăţii şi prelungirii vieţii prin efortul organizat al întregii societăţi;
3. Asistenţa de sănătate publică reprezintă ansamblul măsurilor fundamentale care se adresează determinanţilor stării de sănătate, protejării sănătăţii populaţiei şi tratării bolilor cu impact asupra stării de sănătate a populaţiei;
4. Supravegherea: activitatea de colectare sistematică şi continuă, analiză, interpretare, evaluare şi diseminare a datelor şi informaţiilor privind starea de sănătate a populaţiei, bolile transmisibile şi netransmisibile, pe baza cărora sunt identificate priorităţile de sănătate publică şi sunt instituite măsurile de prevenire şi control a bolilor.
5. Prevenire şi control: aplicarea unor măsuri cu valoare predictivă pozitivă, pentru eliminarea şi evitarea sau influenţarea favorabilă a unor riscuri şi evenimente cu impact negativ asupra stării de sănătate a populaţiei.
6. Monitorizarea riscurilor: identificarea, evaluarea şi estimarea gradului în care expunerea la factorii de risc din mediul natural, de viaţă şi de muncă şi cei rezultaţi din stilul de viaţă individual şi comunitar influenţează starea de sănătate a populaţiei.
7. Promovarea sănătăţii: procesul care oferă individului şi colectivităţii posibilitatea de a-şi controla şi îmbunătăţi sănătatea sub raport fizic, psihic şi social şi de a contribui la reducerea inechităţilor în sănătate.
8. Inspecţia sanitară - exercitarea controlului aplicării prevederilor legale de sănătate publică.
9. În sensul prevederilor prezentei legi, prin ministere şi instituţii cu reţele sanitare proprii se înţelege autorităţile şi instituţiile care au în subordine unităţi sanitare, altele decât Ministerul Sănătăţii, respectiv Ministerul Apărării Naţionale, Ministerul Administraţiei şi Internelor, Ministerul Justiţiei, Ministerul Transporturilor şi Infrastructurii, Serviciul Român de Informaţii, Serviciul de Informaţii Externe, Serviciul de Telecomunicaţii Speciale, Academia Română şi autorităţile administraţiei publice locale.
10. Principii şi domenii de intervenţie ale sănătăţii publice

Principiile care guvernează sănătatea publică sunt:

1. responsabilitatea societăţii pentru sănătatea publică
2. focalizarea acţiunilor de prevenire pe grupuri populaţionale vulnerabile
3. preocuparea faţă de determinanţii stării de sănătate
4. abordarea multidisciplinară şi intersectorială;
5. parteneriat activ cu populaţia, autorităţile publice centrale şi locale, alte instituții şi organizaţii guvernamentale şi nonguvernamentale cu activitate în domeniul sănătăţii publice, precum şi organisme naţionale şi internaţionale cu competenţe în sănătate publică
6. decizii bazate pe dovezi ştiinţifice
7. decizii fundamentate conform principiului precauţiei în condiţii specifice
8. descentralizarea sistemului de de sănătate publică
9. utilizarea unui sistem informaţional şi informatic integrat pentru managementul sănătăţii publice.

Modalităţile de implementare a principiilor de sănătate publică sunt:

1. reglementarea în domeniile sănătăţii publice ;
2. intervenţiile şi activităţile desfăşurate în cadrul programelor naţionale de sănătate publică;
3. avizarea/autorizarea/notificarea unităţilor, activităţilor şi produselor cu impact asupra sănătăţii individuale, a comunităţilor şi a populaţiei;
4. evaluarea impactului asupra sănătăţii comunităţilor şi populaţiei în relaţie cu programe, strategii şi politici de sănătate ale tuturor sectoarelor de activitate cu impact asupra determinanţilor stării de sănătate a populaţiei
5. activitatea de inspecţie sanitară de stat.

Funcţiile principale ale sistemului de sănătate publică vizează:

1. dezvoltarea politicilor, strategiilor şi programelor pentru asigurarea sănătăţii populaţiei;
2. monitorizarea şi analiza stării de sănătate a populaţiei, monitorizarea factorilor de risc cu impact asupra stării de sănătate;
3. sănătatea reproducerii;
4. sănătatea mamei şi copilului;
5. supravegherea epidemiologică, prevenirea şi controlul bolilor transmisibile şi netransmisibile;
6. managementul activităţilor de prevenire primară prin imunoprofilaxie activă;
7. prevenirea şi controlul epidemiilor şi evenimentelor neaşteptate în starea de sănătate, după caz, instituirea stării de alertă locală, naţională sau transfrontalieră;
8. sănătatea în relaţie cu mediul;
9. asigurarea capacităţilor de răspuns la dezastre sau ameninţări la adresa vieţii şi sănătăţii populaţiei;
10. promovarea sănătăţii şi a unui stil de viaţă sănătos
11. evaluarea şi asigurarea calităţii serviciilor de asistenţă de sănătate publică;
12. cercetarea, dezvoltarea şi implementarea unor mecanisme eficiente de comunicare pentru schimbarea comportamentelor, de informare, educare şi comunicare pentru prevenirea îmbolnăvirilor şi promovarea stării de sănătate;
13. colaborarea la procesul de învăţământ medical şi educaţional pentru integrarea conceptului de prevenire şi precauţie specifică;
14. asigurarea fluxului informaţional specific naţional şi internaţional;
15. siguranţa alimentului şi promovarea politicilor de nutriţie sănătoasă;
16. sănătatea ocupaţională;
17. integrarea priorităţilor de sănătate publică în politicile şi strategiile sectoriale şi în strategiile naţionale de dezvoltare durabilă.

Principalele direcţii de intervenţie în domeniul sănătăţii publice sunt următoarele**:**

1. Elaborarea, implementarea şi realizarea obiectivelor Strategiei Naţionale de Sănătate Publică;
2. Realizarea obiectivelor Strategiei Naţionale de Sănătate Publică prin Programe Naţionale de Sănătate coordonate de Ministerul Sănătăţii, precum şi prin proiecte şi parteneriate, cu implicarea activă a instituţiilor publice şi private, organizaţii guvernamentale, naţionale şi internaţionale, precum şi organizaţii neguvernamentale care acţionează în domeniul sănătăţii publice ;
3. Asigurarea implementării, monitorizării şi evaluării intervenţiilor şi activităţilor prevăzute de Strategia Naţională de Sănătate Publică şi de Programele Naţionale de Sănătate privind prevenirea, supravegherea şi controlul bolilor transmisibile şi netransmisibile prin:
   1. asigurarea imunizării populaţiei împotriva bolilor infecţioase cu impact major asupra stării de sănătate a populaţiei;
   2. asigurarea unui sistem eficient de supraveghere, prevenire şi control al bolilor transmisibile şi netransmisibile;
   3. reglementarea normativă pentru prevenirea şi combaterea bolilor transmisibile şi netransmisibile;
   4. programe şi intervenţii de prevenire şi control organizate la nivel naţional şi/sau local;
   5. controlul epidemiilor şi supravegherea bolilor cu pondere semnificativă în populaţie;
   6. pregătirea şi planificarea pentru urgenţele de sănătate publică;
   7. organizarea acţiunilor de screening pentru depistarea precoce a bolilor;
   8. supravegherea infecţiilor nosocomiale şi monitorizarea utilizării antibioticelor;
   9. Coordonarea activităţilor de implementare a prevederilor Regulamentului Sanitar Internaţional la nivel naţional
4. Protejarea sănătăţii în relaţie cu mediul înconjurător prin:
   1. monitorizarea şi influenţarea favorabilă a factorilor de mediu în relaţie cu sănătatea
   2. evaluarea factorilor de mediu nou identificaţi, cu risc pentru starea de sănătate
   3. definirea standardelor pentru factorii de mediu în relaţie cu starea de sănătate
   4. reglementarea calităţii principalilor factori de mediu
   5. stabilirea şi reglementarea normelor de igienă comunitară
   6. reglementarea circulaţiei produselor şi serviciilor cu impact asupra sănătăţii publice
5. Siguranţa alimentului şi nutriţia populaţiei prin:
   1. supravegherea şi controlul calităţii şi siguranţei alimentelor;
   2. reglementarea calităţii principalilor factori alimentari
   3. elaborarea de reglementări în domeniul siguranţei alimentelor
   4. supravegherea stării de nutriţie a populaţiei
   5. implementarea de măsuri pentru asigurarea unei nutriţii sănătoase în rândul populaţiei
6. Sănătatea ocupaţională prin:
   1. elaborarea reglementărilor tehnice necesare protecției sănătății în relație cu mediul de muncă, pentru promovarea sănătății la locul de muncă precum și normelor specifice de medicina muncii;
   2. cercetarea, înregistrarea, declararea bolilor profesionale precum și evidența bolilor legate de profesie
   3. evaluarea riscurilor asupra stării de sănătate a lucrătorilor cauzate de expunerea la factorii nocivi prezenți în mediul de muncă.
7. Colaborarea pe domeniul de competenţă cu alte ministere și instituții implicate în activități cu impact asupra sănătății și securității în muncă a lucrătorilor.
8. Evaluarea stării de sănătate prin:
   1. monitorizarea indicatorilor stării de sănătate conform standardelor naţionale şi internaţionale
   2. analiza evoluţiei morbidităţii şi a determinanţilor stării de sănătate
   3. evaluarea eficacităţii şi eficienţei intervenţiilor şi activităţilor din cadrul programelor naţionale de sănătate
   4. managementul nevoilor populaţiei privind serviciile de sănătate publică
   5. identificarea problemelor şi riscurilor de sănătate în comunităţi
9. Promovarea sănătăţii şi a unui stil de viaţă sănătos şi educaţia pentru sănătate prin:
   1. programe de educaţie pentru sănătate în scopul promovării stării de sănătate, care sa răspundă problemelor prioritare de sănătate publică identificate la nivel național şi local
   2. campanii de informare-educare-comunicare adresate populației generale, unor grupuri populaţionale la risc sau grupurilor populaționale vulnerabile
   3. implicarea comunităţilor locale în protejarea şi promovarea stării de sănătate
10. Managementul sănătăţii publice bazat pe:
    1. coordonare şi inițiativă în formularea şi implementarea politicilor de sănătate publică pe baze ştiinţifice;
    2. evaluarea calităţii resursei umane şi a serviciilor de sănătate publică la nivelul comunităţilor
    3. asigurarea coordonării şi cooperării intersectoriale şi multisectoriale în sănătate publică şi evaluarea periodică a acesteia, în conformitate cu conceptul european “Sănătate în toate politicile”
    4. evaluarea impactului politicilor din alte sectoare asupra stării de sănătate
    5. cercetare în managementul sănătăţii publice şi a sistemelor de sănătate
11. Inspecţia sanitară de stat prin:
    1. verificarea conformităţii cu normele legale în domeniul sănătăţii publice a amplasamentelor, activităţilor, proceselor, serviciilor, produselor*,* inclusiv produsele de origine umană destinate utilizării terapeutice*,* precum şi a factorilor de mediu;
    2. verificarea respectării reglementărilor privind starea de sănătate a personalului angajat, cunoştinţele, atitudinile şi practicile acestuia în raport cu normele igienico-sanitare şi domeniul de activitate ;
    3. depistarea riscurilor pentru sănătate şi impunerea măsurilor de eliminare sau, după caz, de diminuare a acestora;
    4. comunicarea datelor despre existenţa şi dimensiunea riscului identificat persoanelor responsabile cu managementul riscului, consumatorilor şi altor potenţiali receptori interesaţi.
12. Autorităţile sistemului de sănătate publică
13. În sensul prezentei legi, prin autorităţi ale sistemului de sănătate publică se înţelege:
14. Ministerul Sănătăţii, autoritatea centrală în domeniul sănătăţii publice, organ de specialitate al administraţiei publice centrale, cu personalitate juridică, ordonator principal de credite, în subordinea Guvernului;
15. Institutul Naţional de Sănătate Publică, unitate de specialitate în domeniul sănătăţii publice la nivel naţional şi regional, cu personalitate juridică, ordonator secundar de credite, în subordinea Ministerului Sănătăţii;
16. Direcţiile de sănătate publică teritoriale, servicii publice deconcentrate ale Ministerului Sănătăţii, cu personalitate juridică, ordonatori secundari de credite, reprezentând autoritatea de sănătate publică la nivel administrativ teritorial;
17. Institutul National de Cercetare-Dezvoltare în Microbiologie şi Imunologie „Prof. Cantacuzino”, institut de importanţă strategică în domeniul cercetării în domeniul microbiologiei şi imunologiei, precum şi al producţiei naţionale de vaccinuri şi seruri, instituţie cu personalitate juridică, aflat în coordonarea Ministerului Sănătăţii
18. Instituţiile, autorităţile sau agenţiile desemnate prin prezentul act normativ în calitate de autorităţi competente pe domenii specifice de activitate.
19. Pentru realizarea obiectivelor specifice de prevenire, supraveghere, monitorizare şi control a priorităţilor de sănătate publică naţionale, instituţiile prevăzute la alin.(1) literele b,c, d si e, sunt finanţate prin bugetul Ministerului Sănătăţii, de la bugetul de stat.
20. Pentru diagnosticul bolilor transmisibile prioritare, precum şi pentru producţia de vaccinuri şi seruri, strict necesare acţiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor populaţiei prin boli transmisibile, Ministerul Sănătăţii asigură finanţarea necesară, de la bugetul de stat, pe bază de contract de finanţare, încheiat cu INCDMI Cantacuzino.

Ministerul Sănătăţii are în principal următoarele atribuţii şi responsabilităţi:

1. elaborează politici, strategii şi programe de acţiune în domeniul sănătăţii populaţiei, în acord cu priorităţile de sănătate publică naţionale şi internaţionale;
2. coordonează şi controlează implementarea politicilor, strategiilor şi programelor din domeniul sănătăţii populaţiei, la nivel naţional, regional şi local;
3. evaluează şi monitorizează starea de sănătate a populaţiei, ia măsuri pentru îmbunătăţirea acesteia şi informează Guvernul referitor la indicatorii de sănătate, tendinţele de evoluţie şi despre măsurile necesare pentru îmbunătăţirea acestora;
4. reglementează modul de organizare şi funcţionare a sistemului de sănătate;
5. monitorizează, controlează şi evaluează activitatea unităţilor sanitare şi ia măsuri pentru îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale acordate populaţiei;
6. asigură, în colaborare cu instituţiile administraţiei publice centrale şi locale, resursele umane, materiale şi financiare necesare funcţionării unităţilor din sistemul public de sănătate;
7. colaborează cu reprezentanţii autorităţilor administraţiei publice centrale şi locale, cu cei ai societăţii civile şi cu mass-media în scopul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi adoptării unui stil de viaţă sănătos;
8. stabileşte priorităţile naţionale de sănătate publică şi asigură coordonarea şi monitorizarea derulării la nivel naţional a programelor naţionale de sănătate, conform actelor normative care reglementează modul de organizare, derulare şi finanţare a programelor naţionale de sănătate
9. elaborează şi avizează reglementări în domeniul asistenţei de sănătate publică
10. evaluează periodic şi prezintă informări periodice Guvernului privind indicatorii stării de sănătate a populaţiei şi realizarea obiectivelor programelor naţionale de sănătate
11. coordonează, implementează şi monitorizează proiectele finanţate din fonduri europene, prin acorduri bilaterale, şi alte acorduri internaţionale în domeniul de competenţă
12. coordonează din punct de vedere ştiinţific şi metodologic, prin departamentele de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii, prin structurile de specialitate, aflate în subordinea sau coordonarea acestuia, precum şi prin comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, sistemul de sănătate publică
13. organizează şi coordonează la nivel naţional activitatea de inspecţie sanitară de stat
14. aprobă, prin ordin al ministrului, ghidurile clinice cu participarea Comisiilor de specialitate ale ministerului sănătăţii şi/sau a instituţiilor din subordine, după caz.
15. Ministerul Sănătăţii coordonează la nivel naţional implementarea activităţilor care decurg din obligaţiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană şi procedurile de implementare a actelor comunitare privind domeniul sănătăţii publice.
16. propune, elaborează şi implementează măsurile de prevenire şi combatere a fraudei şi corupţiei din sistemul public de sănătate, în concordanţă cu documentele strategice naţionale şi europene.

Alte atribuţii şi responsabilităţi, organizarea, reorganizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii sunt reglementate prin hotărâri ale guvernului şi ordine ale ministrului sănătăţii.

Direcţiile de sănătate publică teritoriale au, în principal, următoarele atribuţii şi responsabilităţi:

1. evaluează şi controlează modul de asigurare a asistenţei medicale profilactice şi curative la nivel teritorial;
2. organizează acţiuni de prevenire a îmbolnăvirilor şi de promovare a sănătăţii;
3. colectează, înregistrează, evaluează şi transmit date privind sănătatea populaţiei, utilizând informaţiile în scopul identificării problemelor locale de sănătate publică;
4. identifică şi intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică sau ameninţările la adresa sănătăţii populaţiei;
5. intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică apărute în rândul comunităţilor/populaţiei sau ale persoanelor aparţinând grupurilor defavorizate;
6. organizează culegerea şi prelucrarea informaţiilor statistice medicale primite de la furnizorii de servicii de sănătate şi transmit rapoarte statistice lunare către instituţiile desemnate în acest scop;
7. întocmesc rapoarte privind starea de sănătate a populaţiei, care sunt înaintate Ministerului Sănătăţii prin Institutul Naţional de Sănătate Publică precum şi partenerilor instituţionali la nivel local, după caz;
8. implementează, coordonează, monitorizează şi evaluează modul de derulare a programelor naţionale de sănătate la nivel local, şi încheie contracte de furnizare de servicii, în condiţiile prevăzute în actele normative care reglementează modul de derulare şi finanţare a programelor naţionale de sănătate;
9. monitorizeaza şi coordonează activităţile de evaluare a impactului asupra stării de sănătate, a politicilor şi programelor din alte sectoare de activitate;
10. participă activ la programele de instruire a personalului din serviciile de sănătate publică;
11. coordonează la nivel local implementarea activităţilor care decurg din obligaţiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană şi planurile de implementare a actelor comunitare referitoare la domeniul sănătăţii;
12. organizează şi desfăşoară activitatea de inspecţie sanitară de stat la nivel teritorial.

Alte atribuţii şi responsabilităţi, organizarea, reorganizarea şi funcţionarea direcţiilor de sănătate publică teritoriale sunt reglementate prin ordin al ministrului sănătăţii.

Institutul Naţional de Sănătate Publică are, în principal, următoarele atribuţii şi responsabilităţi:

1. reprezintă autoritatea naţională competentă în domeniul bolilor transmisibile;
2. asigură îndrumarea tehnică şi metodologică a sistemului de sănătate publică, pe domeniile de competenţă, stabilite conform legislaţiei în vigoare;
3. participă la elaborarea strategiilor şi politicilor din domeniul de competenţă;
4. participă la elaborarea de proiecte de acte normative, norme, metodologii şi instrucţiuni privind domeniile specifice din domeniul sănătăţii publice, efectuează expertize şi evaluări, oferă asistenţă tehnică şi realizează servicii de sănătate publică, la solicitarea unor persoane fizice sau juridice;
5. supraveghează starea de sănătate a populaţiei, bolile transmisibile şi netransmisibile, pentru identificarea problemelor de sănătate comunitară;
6. asigură sistemul de supraveghere epidemiologică, precum şi de alertă precoce şi răspuns rapid şi participă la schimbul de informaţii în cadrul reţelei naţionale şi europene de supraveghere epidemiologică în domeniul bolilor transmisibile;
7. participă la efectuarea de investigaţii epidemiologice de teren, din proprie iniţiativă, la solicitarea Ministerului Sănătăţii sau la solicitarea autorităţilor administraţiei publice locale;
8. elaborează metodologia, instrumentele şi indicatorii de monitorizare şi evaluare a serviciilor şi programelor de sănătate publică, de promovare a sănătăţii şi de educaţie pentru sănătate, stabilite conform actelor normative care reglementează modul de derulare şi finanţare a programelor naţionale de sănătate;
9. avizează, autorizează şi notifică activităţile şi produsele cu impact asupra sănătăţii populaţiei, în baza metodologiei şi procedurilor aprobate de ministrul sănătăţii;
10. participă la procesul de învăţământ medical de bază şi de specializare şi perfecţionare, în domeniile specifice din cadrul sănătăţii publice;
11. desfăşoară activităţi de cercetare-dezvoltare în domeniul sănătăţii publice;
12. asigură organizarea şi funcţionarea unui sistem informaţional şi informatic standardizat pentru managementul sănătăţii publice;
13. coordonează la nivel naţional şi teritorial implementarea activităţilor care decurg din obligaţiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană şi planurile de implementare a actelor comunitare referitoare la domeniul sănătăţii;
14. implementează, ca ordonator secundar de credite Programele Naţionale de Sănătate stabilite prin actele normative care reglementează modul de organizare, monitorizare, control şi finanţare a programelor naţionale de sănătate.

Alte atribuţii şi responsabilităţi, organizarea, reorganizarea şi funcţionarea Institutului Naţional de Sănătate Publică sunt reglementate prin hotărâri ale guvernului şi/sau ordine ale ministrului sănătăţii, după caz.



Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, denumită în continuare SNSPMPDSB, are în principal, următoarele atribuţii şi responsabilităţi:

1. SNSPMPDSB reprezintă autoritatea naţională în domeniul evaluării tehnologiilor medicale.
2. SNSPMPDSB organizează şi desfăşoară cursuri de atestat, cursuri de scurtă durată şi alte tipuri de cursuri specifice în domeniul managementului sanitar si in alte domenii stabililte prin hotarare de guvern si Ordine ale Ministrului Sanatatii, cu precădere pentru personalul ce lucrează în domeniul sanitar, inclusiv în administraţia publică sanitară, având dreptul de a elibera certificate de absolvire şi diplome, fiind responsabil naţional pentru atestatele de pregătire complementară în managementul serviciilor de sănătate, economie sanitară şi management financiar şi în managementul cabinetului medical şi promovarea sănătăţii.
3. SNSPMPDSB organizează şi desfăşoară cursuri universitare de masterat, în parteneriat cu instituţii de profil naţionale şi internaţionale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.
4. SNSPMPDSB este instituţie specializată care asigură formarea şi perfecţionarea funcţionarilor publici din sistemul sanitar şi al asigurărilor de sănătate, conform obligaţiei prevăzute în legislaţia aplicabilă funcţionarilor publici, fiind abilitată şi recunoscută în acest sens.
5. Certificatele şi diplomele eliberate de SNSPMPDSB sunt recunoscute de Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Educaţiei, Cercetării, Tineretului şi Sportului şi sunt opozabile terţilor.
6. Organizarea şi funcţionarea SNSPMPDSB sunt reglementate de Hotărârea Guvernului nr. 1421 din 18 noiembrie 2009 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Şcolii Naţionale de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, publicată în Monitorul Oficial nr. 848 din 8 decembrie 2009, cu modificările şi completările ulterioare.

Alte instituţii din sistemul de sănătate publică:

1. institute naţionale de cercetare dezvoltare şi alte unităţi cu personalitate juridică, care funcţionează potrivit legii, în coordonarea Ministerului Sănătăţii;
2. alte instituţii, structuri, servicii cu sau fără personalitate juridică, care desfăşoară activităţi în domeniul asistenţei de sănătate publică la nivel naţional, regional, judeţean sau local, aflate în subordonarea sau coordonarea ministerului sănătăţii, respectiv, în subordonarea sau coordonarea altor ministere sau ale autorităţilor administraţiei publice locale, nominalizate prin hotărâre a guvernului, la propunerea sau cu avizul Ministerului Sănătăţii.
   1. Instituţiile care desfăşoară activităţi în domeniul asistenţei de sănătate publică la nivel naţional si teritorial, cu personalitate juridică, aflate în subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătăţii, se înfiinţează, se reorganizează sau se desfiinţează, la propunerea Ministerului Sănătăţii, prin hotărâre a guvernului.
   2. Direcţiile, unităţile şi serviciile care desfăşoară activităţi în domeniul asistenţei de sănătate publică aflate în subordonarea sau coordonarea altor ministere sau ale autorităţilor administraţiei publice teritoriale se înfiinţează, se reorganizează sau se desfiinţează, la propunerea autorităţii sale ierarhice, cu avizul Ministerului Sănătăţii şi prin hotărâre a guvernului.
3. Dispoziţii privind obligaţiile persoanelor fizice şi juridice

Orice persoană fizică sau juridică, având calitatea de angajator, este obligată să asigure fondurile şi condiţiile necesare pentru:

1. efectuarea controlului medical periodic, conform normelor de sănătate publică şi securitate în muncă;
2. aplicarea măsurilor de igienă, dezinfecţie, dezinsecţie şi deratizare periodică la locul de muncă;
3. vaccinarea şi profilaxia specifică impusă de riscurile de la locul de muncă.
4. Cetăţenii români şi orice altă persoană aflată pe teritoriul României, precum şi unităţile şi agenţii economici au obligaţia să respecte măsurile de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, să respecte întocmai normele de igienă şi sănătate publică şi să aplice măsurile legale în vigoare stabilite privind instituirea condiţiilor pentru prevenirea îmbolnăvirilor şi pentru promovarea sănătăţii individului şi a populaţiei.
5. Furnizorii de servicii de sănătate din sectorul public şi privat sunt obligaţi să respecte prevederile prezentului titlu.
7. Informaţiile privind sănătatea populaţiei se păstrează la autorităţile de sănătate publică teritoriale sau naţionale, la autorităţile de sănătate publică ale ministerelor cu reţea de servicii medicale proprie, precum şi la instituţiile desemnate specific în acest scop şi pot fi folosite în scopul întocmirii rapoartelor statistice nenominalizate, în vederea evaluării stării de sănătate a populaţiei.
8. Folosirea în alte scopuri a informaţiilor înregistrate se poate admite numai dacă este îndeplinită una dintre următoarele condiţii:
9. există o dispoziţie legală în acest sens;
10. există acordul persoanei în cauză;
11. datele sunt necesare pentru prevenirea îmbolnăvirii unei persoane sau a comunităţii, după caz;
12. datele sunt necesare pentru efectuarea urmăririi penale, în condiţiile legii.
13. Păstrarea confidenţialităţii informaţiilor cu caracter personal este obligatorie pentru toate persoanele care prin activitatea pe care o desfăşoară au acces la acestea în mod direct sau indirect.
14. Pentru situaţii speciale, cu impact major asupra sănătăţii publice, se constituie stocul de rezervă al Ministerului Sănătăţii, denumit Rezerva pentru situaţii speciale, care cuprinde medicamente, seruri, vaccinuri, dezinfectante, insecticide, dispozitive medicale şi alte materiale specifice, iar la nivelul autorităţilor de sănătate publică teritoriale, rezerva antiepidemică.
15. Normele metodologice de constituire, păstrare şi utilizare a rezervei pentru situaţii speciale a Ministerului Sănătăţii şi a rezervei antiepidemice se stabilesc prin ordin al ministrului sănătăţii.
16. Pentru servicii de asistenţă în domeniul sănătăţii publice, efectuate de către autorităţile de sănătate publică teritoriale la cererea unor persoane fizice şi juridice, se percep tarife potrivit reglementărilor în vigoare.
17. Veniturile proprii obţinute potrivit alin. (1) se folosesc în condiţiile legii.
18. Utilizarea mass-media în interesul sănătăţii publice
20. Campaniile naţionale de schimbare a comportamentelor şi de informare, educare şi comunicare cu privire la teme care privesc sănătatea publică trebuie să fie avizate de Ministerul Sănătăţii, conform metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
21. Societatea Română de Radiodifuziune şi Societatea Română de Televiziune sunt obligate ca în cadrul grilelor de programe să rezerve gratuit spaţiu de emisie necesar promovării campaniilor naţionale de schimbare a comportamentelor şi de informare, educare şi comunicare referitoare la teme care privesc sănătatea publică.
22. În situaţii speciale, de interes public naţional sau de risc epidemiologic major asupra stării de sănătate a populaţiei, toate societăţile de televiziune şi radio sunt obligate să preia şi să transmită, în mod gratuit, mesajele de avertizare sau informare -educare elaborate de Ministerul Sănătăţii.
23. Inspecţia sanitară de stat

2. Activitatea de inspecţie sanitară de stat se organizează pe domenii specifice de activitate, este coordonată de către structura de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii şi derulată prin structurile de specialitate din direcţiile de sănătate publică teritoriale, conform competenţelor stabilite prin ordin al ministrului sănătății.
3. Furnizorii de servicii de sănătate din sectorul public şi privat precum şi toate unităţile supuse inspecţiei sanitare, conform legislaţiei în vigoare din domeniul sănătăţii publice, au obligaţia de a permite accesul persoanelor împuternicite de către Ministerul Sănătăţii în vederea efectuării inspecţiei.
5. Personalul care exercită activitatea de inspecţie sanitară de stat are calitatea de funcţionar public şi este împuternicit, de către Ministerul Sănătăţii, conform competenţelor.
6. Activitatea de inspecţie sanitară se organizează şi se derulează conform normelor generale şi specifice elaborate şi aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, cu respectarea prevederilor legale privind sănătatea publică.
8. Pentru exercitarea activităţii de inspecţie în sănătatea publică, personalul împuternicit are drept de:
9. acces în orice tip de unităţi, la documente, informaţii, conform competenţelor;
10. recoltare a produselor în vederea analizării și evaluării riscului pentru sănătatea publică;
11. constatare şi sancţionare a contravenţiilor prevăzute de legislaţia din domeniul sănătăţii publice.
12. aplicare de sigilii sau semne distinctive cu valoare de sigiliu.
13. În situaţii de risc pentru sănătatea publică, personalul împuternicit interzice punerea în consum a produselor, decide retragerea produselor, suspendarea activităţilor, închiderea unităţilor, retragerea sau anularea autorizaţiei sanitare de funcţionare, a avizului, a notificărilor pentru activităţi şi produse şi dispune orice alte măsuri pe care situaţia le impune, conform legii.
14. Concluziile activităţilor de control, abaterile de la normele legale, recomandările şi termenele de remediere a deficienţelor, precum şi alte măsuri legale aplicate se consemnează în procese-verbale de control, rapoarte de inspecţie, procese-verbale de constatare a contravenţiilor, procese verbale de recoltare a probelor, decizii de suspendare a activităţilor, decizii de închidere a unităţilor, după caz.
15. În exercitarea activităţii, personalul împuternicit asigură păstrarea confidenţialităţii datelor, cu excepţia situaţiilor care constituie un risc pentru sănătatea publică, caz în care comunicarea se va face prin reprezentantul legal.
16. Dispoziţii tranzitorii şi finale

Prevederile specifice ale prezentului titlu se aplică şi de către ministerele şi instituţiile cu reţele sanitare proprii.

# PROGRAMELE NAŢIONALE DE SĂNĂTATE

1. Dispoziţii Generale
2. Programele naţionale de sănătate constituie principala modalitate de implementare a politicilor şi strategiilor de sănătate publică.
3. Programele naţionale de sănătate reprezintă un ansamblu de acţiuni multianuale orientate spre domeniile de intervenţie prioritare ale sănătăţii publice.
4. Derularea programelor naţionale de sănătate reprezintă un proces de organizare a resurselor umane, materiale si financiare în scopul asigurării de bunuri, servicii sau schimbări ale comportamentelor şi mediului de viaţă şi muncă pentru beneficiarii acestor programe, ca răspuns la anumite nevoi de sănătate publică identificate din date obiective.

(4) Programele naţionale de sănătate sunt destinate:

1. prevenirii, supravegherii şi controlului bolilor transmisibile;
2. prevenirii, supravegherii şi controlului bolilor netransmisibile;
3. promovării sănătăţii şi a unui stil de viaţă sănătos;
4. monitorizării factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncă;
5. asigurării sănătăţii mamei şi copilului.

(5) Programele naţionale de sănătate cuprind următoarele etape:

1. iniţierea;
2. implementarea;
3. monitorizarea;
4. evaluarea.

(6) Elementele componente ale programelor naţionale de sănătate sunt următoarele:

1. obiectivele;
2. activităţile;
3. resursele (umane, materiale, procedurale şi de timp),
4. beneficiarii / populaţia-ţintă;
5. cheltuieli eligibile;
6. sistemul managerial;
7. componenta de evaluare.
8. Programele naţionale de sănătate sunt iniţiate, monitorizate şi evaluate în mod distinct de către Ministerul Sănătăţii şi implementate prin unităţi de management a programelor, din subordinea Ministerului Sănătăţii.
9. Structura programelor naţionale de sănătate, obiectivele acestora, precum şi orice alte condiţii şi termene necesare derulării programelor se aprobă prin hotărâre a Guvernului, iniţiată la propunerea Ministerului Sănătăţii.
10. Normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii .
11. Beneficiarii programelor naţionale de sănătate derulate de către Ministerul Sănătăţii sunt cetăţeni români, indiferent dacă aceştia au sau nu calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate.
12. Criteriile de eligibilitate care trebuie îndeplinite de beneficiari pentru includerea în programele naţionale de sănătate sunt prevăzute în normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate.
13. Pentru derularea programelor naţionale de sănătate, Ministerul Sănătăţii sau, după caz, unităţile din subordinea acestuia, pot organiza la nivel naţional proceduri pentru achiziţia de medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale.
14. Acordarea medicamentelor, materialelor sanitare şi dispozitivelor medicale, pentru pacienţii cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, se poate realiza şi pe baza de contracte cost-volum şi contracte cost-volum-rezultat, în condiţiile prevăzute în hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2).
15. Lista denumirilor comune internaţionale ale medicamentelor utilizate în programele naţionale de sănătate se elaborează de către Ministerul Sănătăţii, cu consultarea Colegiului Farmaciştilor din România şi se aprobă prin hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2).
16. În lista prevăzută la alin. (8) se includ numai denumirile comune internationale ale medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul cuprinzând medicamentele autorizate pentru punere pe piaţă în România.
18. Programele naţionale de sănătate se pot implementa prin unităţi de specialitate, prevăzute în Normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate.
19. În înţelesul prezentului titlu, unităţile de specialitate sunt:
20. furnizori de servicii de sănătate aflaţi în relaţii contractuale cu asiguratorii de sănătate din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate definiţi în condiţiile prezentei legi;
21. unităţi medicale publice şi private;
22. unităţi aflate în subordinea Ministerului Sănătăţii;
23. instituţii publice;
24. organizaţii guvernamentale şi neguvernamentale cu activitate relevantă în domeniul sănătăţii publice.
25. Unităţile de specialitate prevăzute la alin. (2) pot angaja personal pentru derularea programelor naţionale de sănătate ca acţiuni multianuale pe toată perioada de derulare a acestora.
26. Pentru realizarea atribuţiilor şi activităţilor prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, unităţile de specialitate prevăzute la alin. (2) pot încheia contracte/convenţii civile cu medici, asistenţi medicali şi alte categorii de personal, după caz, precum şi cu persoane juridice, potrivit dispoziţiilor Codului civil şi în condiţiile stabilite prin normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate.
27. Contractele/convenţiile civile încheiate în condiţiile alin. (4) de către unităţile de specialitate stabilite la alin. (2) prevăd acţiuni multianuale şi se încheie pentru toată perioada de derulare a programelor naţionale de sănătate.
28. Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la alin. (3) şi(4) sunt cuprinse în fondurile alocate programelor naţionale de sănătate.

Unităţile de specialitate prevăzute la art. 33 alin. (2) pot derula programe naţionale de sănătate finanţate din bugetul Ministerului Sănătăţii, de la bugetul de stat sau din venituri proprii.

1. Atribuţii în realizarea programelor naţionale de sănătate

Ministerul Sănătăţii asigură coordonarea programelor naţionale de sănătate prin îndeplinirea următoarelor atribuţii:

1. elaborează strategia programelor naţionale de sănătate, parte integrantă a Strategiei naţionale de sănătate publică;
2. propune Guvernului spre aprobare programele naţionale de sănătate;
3. aprobă normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate;
4. asigură organizarea, monitorizarea, controlul, precum şi finanţarea programelor naţionale de sănătate.
5. Finanţarea programelor naţionale de sănătate
6. Finanţarea programelor naţionale de sănătate se realizează de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.
7. Ministerul Sănătăţii poate reţine la dispoziţia sa, din veniturile proprii, o cotă de rezervă calculată din totalul fondurilor aprobate pentru programele naţionale de sănătate, al cărei nivel şi mod de utilizare se stabilesc prin hotărâre a Guvernului, prevăzută la art. 32 alin. (2).
8. Sumele alocate programelor naţionale de sănătate multianuale sunt aprobate prin legea bugetului de stat în conformitate cu prevederile Legii nr. [500/2002](file:///\\Pc-7667\..\Users\Methos\Sintact%202.0\cache\Legislatie\temp\00057056.htm) privind finanţele publice, cu modificările şi completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României, nr. 597 din 13 august 2002.
9. Sumele alocate pentru programele naţionale de sănătate, sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor de specialitate prin care acestea se derulează şi se utilizează potrivit destinaţiilor stabilite.
10. Sumele menţionate la alin. (1) vor fi publicate pe site-ul Ministerului Sănătăţii împreună cu bugetul de venituri şi cheltuieli şi execuţia acestuia.

# ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Dispoziţii generale

Domeniul medicinei de familie reprezintă principala componentă a asistenţei medicale primare.

În cuprinsul prezentei legi următorii termeni sunt definiţi astfel:

1. medicina de familie – specialitate care asigură servicii medicale de prim-contact din asistenta medicala primara, în contextul unei relaţii continue cu pacienţii, în prezenţa bolii sau în absenţa acesteia.
2. medicul de familie – medicul specialist în specialitatea medicina de familie;
3. cabinetul de medicină de familie – unitatea medicala care furnizează servicii de sănătate în asistenţa medicală primară.
4. praxisul de medicină de familie – patrimoniul şi infrastructura cabinetului de medicina de familie, de afectaţiune profesională aflată în proprietatea sau în folosinţa medicului, şi clientela;
5. grup de practică – asocierea a doi sau mai mulţi medici de familie titulari de cabinete de medicină de familie, în vederea furnizării de servicii medicale şi/sau a utilizării în comun a unor resurse;
6. echipa de asistenta medicala comunitara – constituita la nivel comunitar din asistent medical comunitar, mediator sanitar, precum şi din moaşa, asistent social, fizioterapeut şi alte profesii, în raport cu necesităţile comunităţii.
7. echipa de asistenţă medicală primară multidisciplinară – include medicul de familie şi echipa de asistenta medicala comunitara.

Aplicarea prevederilor prezentei legi se face în baza următoarelor principii:

1. principiul competenţei profesionale – conform căruia furnizarea serviciilor de asistenţă medicală primară se face în baza competenţelor profesionale dobândite
2. principiul echilibrului şi al concurenţei – conform căruia, înfiinţarea unui cabinet de medicină de familie se va face avându-se în vedere asigurarea serviciilor medicale în primul rând pentru populaţia lipsită de astfel de servicii, pe baza principiilor concurenţei loiale, în cadrul reglementarilor în vigoare
3. principiul stabilităţii şi continuităţii serviciilor medicale – conform căruia trebuie asigurată populaţiei asistenţa medicală neîntreruptă, pe baza integrării serviciilor oferite între toate nivelurile de asistenţă medicală şi medico-socială.
4. principiul răspunderii personale – conform căruia, medicul de familie, indiferent de calitatea sa de titular sau angajat al cabinetului medical, este independent din punct de vedere al actului profesional, are drept de decizie şi poartă întreaga răspundere a actelor sale.

Furnizorii de servicii medicale din asistenta medicală primară reprezintă punctul de intrare a pacientilor în sistemul de sănătate si coordonează circuitul pacientului în sistemul de servicii medicale, colaborând cu toate celelalte specialităti medicale.

(1) Medicul de familie face parte din sistemul de sănătate, ocupând o pozitie centrală.

(2) În sistemul de sănătate furnizorii de servicii medicale din asistenta medicală primară au rol în realizarea:

1. primului contact cu pacientii, selectării cazurilor si găsirii solutiilor optime conform competentelor medicilor de familie;
2. colectării datelor pacientilor, analizării si ierarhizării lor, stabilind indicatiile de investigare si tratament;
3. coordonării trimiterii pacientilor la diverse servicii medicale de specialitate;
4. analizei finale a datelor privind investigatiile de care au beneficiat pacientii în vederea elaborării unui diagnostic si a schemei terapeutice, precum si a recomandărilor care să ducă la rezolvarea cazurilor;
5. păstrării informatiilor privind pacientii si familiile acestora, realizând istoricul medical si social al acestora.
6. Medicul de familie este un specialist care a dobândit specialitatea corespunzătoare şi care îşi desfăşoară activitatea:
7. pe baza unei liste de pacienţi;
8. ca specialist, fără o listă de pacienţi.
9. Medicul de familie acordă îngrijiri persoanelor în contextul familiei şi, respectiv, familiilor în cadrul comunităţii, fără discriminare;

Caracteristicile asistenţei acordate de medicul de familie sunt următoarele:

1. constituie punctul de prim-contact în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces nediscriminatoriu pacienţilor şi ocupându-se de problemele de sănătate ale acestora;
2. foloseşte eficient resursele sistemului de sănătate, coordonând asistenţa medicală acordată pacienţilor;
3. colaborează cu ceilalţi furnizori de servicii de sănătate şi sociale şi asigură continuitatea îngrijirilor acordate pacienţilor;
4. promovează sănătatea şi starea de bine a pacienţilor prin intervenţii adecvate şi eficiente;
5. urmăreşte rezolvarea problemelor de sănătate ale comunităţii, colaborând în acest sens cu autorităţile administratiei publice locale din zona în care îşi desfăşoară activitatea.
6. Derularea şi coordonarea activităţii de asistenţă medicală primară si comunitara

Cabinetul de medicină de familie furnizează servicii de asistenţă medicală primară, în condiţiile stabilite prin acordul cadru, către următoarele categorii de pacienţii:

a) asiguraţi, înscrişi pe lista proprie sau a altor cabinete de medicină de familie

b) neasiguraţi

Cabinetul de medicină de familie poate desfăşura următoarele activităţi:

1. intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale;
2. servicii medicale preventive;
3. servicii medicale curative;
4. servicii activităţi de îngrijire la domiciliu;
5. activităţi de îngrijiri paliative;
6. activităţi medico-sociale;
7. alte activităţi medicale, în conformitate cu prevederile acordului cadru;
8. activităţi de învăţământ şi de cercetare ştiinţifică, în cabinetele medicilor acreditaţi pentru acest scop;
9. activităţi de suport.

Asistenţa medicală comunitara focalizata pe imbunatatirea ingrijirilor acordate persoanelor cu boli cronice. Aceasta activitate are următoarele componente:

(a) managementul cazurilor complexe - necesita identificarea pacientilor cu risc foarte ridicat de utilizare de ingrijiri spitalicesti

(b) managementul afectiunilor cronice - în conformitate cu prevederile acordului cadru.

(c) educaţie terapeutică şi sprijin pentru autoingrijire

(d) evaluarea starii de sanatate a comunitatii cu focalizare pe identificarea factorilor de risc pentru sanatate si a morbiditatii la nivel de comunitate, conform metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

(e) inregistrarea si monitorizarea morbiditatii si mortalitatii in medicina primara si comunitara prin intermediul dispensarelor santinela infiintate prin ordin de ministru

Serviciile furnizate de către echipa de asistenta medicala comunitara pot fi:

1. educarea, informarea, comunicarea pentru sănătate;
2. promovarea unor atitudini şi comportamente favorabile unui stil de viaţă sănătos;
3. educaţie şi acţiuni direcţionate pentru asigurarea unui mediu şi stil de viaţă sănătos;
4. activităţi de profilaxie primară, secundară şi terţiară;
5. promovarea sănătăţii reproducerii şi a planificării familiale;
6. asistenta medicala de urgenta in limita competentelor.
7. Derularea activităţii în asistenţa medicală primară se realizează, de regula, cu o echipă multidisciplinară de asistenţă medicală primara.
   1. Echipele astfel constituite pot deservi colectivităţi mai mari, în funcţie de specificul zonei.
   2. Mai multe echipe se pot asocia în reţele de asistenţă medicala primară, in cadrul centrelor de permanenta sau in alte forme organizatorice, în conformitate cu prevederile acordului- cadru.
   3. Echipa multidisciplinară de asistenţă medicală primara poate prelua atribuţii de asistenţă medicală de la ambulatoriile de specialitate şi de la spitale, atributii pentru care pot încheia contracte cu asiguratorii de sănătate sau cu respectivii furnizori de servicii, în conformitate cu prevederile acordului cadru.
8. În cazul asistenţei comunitare focalizate pe îmbunătăţirea ingrijirilor persoanelor cu boli cronice, asistenta comunitara se poate realiza prin intermediul retelelor de asistenta medicala integrate care vor cuprinde echipa multidisciplinara de asistenţă medicală primară precum şi medici specialişti.
9. Echipa multidisciplinara de asistenta medicala primara sau retelele furnizoare de servicii medicale integrate participa la implementarea programelor naţionale de sănătate, in condiţiile stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii
10. Infiintarea retelelor multidisciplinare de asistenţă medicală primară şi a celor de asistenţă medicală integrată se face conform metodologiei stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii

Forma de organizare a cabinetului de medicină de familie :

1. Medicii de familie pot profesa independent, sub forma cabinetelor de medicină de familie, grupaţi în grupuri de practică, în asociere sau sub forma unor societăţi de asistenţă medicală primară si comunitara sau a unor societati de servicii medicale integrate.
2. Societăţile care furnizează servicii de asistenţă medicală primară pot fuziona numai cu alţi furnizori de servicii de asistenţă medicală primară
3. Societăţile care furnizează servicii de asistenţă medicală primară si comunitara nu pot fi asociaţi sau actionari ai producatorilor, distribuitorilor si furnizorilor de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale.
4. Producatorii, distribuitorii si furnizorii de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale nu pot înfiinţa, deţine sau administra societati de asistenţă medicală primară.
5. În cadrul societăţilor de asistenţă medicală primară pot deţine calitatea de fondator, asociat sau acţionar următoarele persoane:
6. medici de familie care furnizează servicii în cadrul societăţii;
7. un alt furnizor de servicii medicale de asistenţă primară(altul decat spitalul).
8. Preluarea activităţii unui praxis de medicina de familie existent, de către un alt medic de familie sau structura asociativa prevăzuta la alin. (1) în condiţiile încetării activităţii medicului titular, se face prin transmiterea patrimoniului de afectaţiune profesională si a clientelei deţinute către medicul sau organizaţia care preia praxisul, obligatoriu cu titlu gratuit.
9. Noul deţinător va aduce la cunoştinţă autorităţilor de sănătate publică teritoriale, asiguratorului de sănătate, respectiv pacienţilor, preluarea praxisului cu respectarea metodologiei aprobate. Criteriile şi metodologia de preluare se stabilesc prin norme aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
10. Coordonarea activităţii cabinetelor medicale se exercită de către medicul titular sau reprezentantul legal al cabinetului.
11. Cabinetele medicale de medicină de familie şi societăţile de asistenţă medicală primară pot înfiinţa sedii secundare, sub forma punctelor de lucru.
12. Punctele de lucru sunt administrate de medicul titular, de medicii asociaţi sau grupaţi, sau de medici de medicină generală desemnaţi de reprezentantul legal.
13. Serviciile de medicină de familie furnizate de cabinetele medicale sau societatile de asistenta medicala primara si comunitara au ca factor determinant nevoile populaţiei din comunităţile deservite.
14. Autorităţile administratiei publice locale susţin activitatea furnizorilor de servicii de asistenţă medicală primară la nivelul comunităţilor locale din punct de vedere financiar, material şi administrativ.
15. Autorităţile administraţiei publice locale pot sprijini furnizorii de servicii de medicină primara cu dotarea cu aparatură medicală şi materiale, în scopul creşterii gamei de servicii oferite populaţiei deservite.
16. Participarea materială a autorităţilor administraţiei publice locale constă şi în punerea la dispoziţia furnizorilor de asistenta medicala primara a spaţiilor cu destinaţie de sediu
17. Evidenţa activităţii medicale derulate la nivelul asistenţei medicale primare se ţine în format electronic şi se transmite către asiguratorul de sănătate, ANRAOS şi Ministerului Sănătăţii, potrivit strategiei informatice naţionale şi prevederilor acordului cadru.
18. Aplicaţiile informatice trebuie să permită integrarea verticală cu asistenţa ambulatorie de specialitate şi cea spitalicească în vederea facilitării continuităţii îngrijirilor medicale, precum şi cu sistemul informatic unic integrat gestionat de ANRAOS.
19. Colectarea şi transmiterea de date referitoare la supravegherea epidemiologică pentru bolile transmisibile şi bolile cronice, implementarea programelor nationale de sănătate, precum şi datele referitoare la utilizarea serviciilor medicale se realizează în conformitate cu strategia informaţionala a Ministerului Sănătăţii şi în conformitate cu prevederile acordului cadru.
20. Calitatea serviciilor medicale prestate de către furnizorii de asistenta medicala primara se asigură prin aplicarea recomandărilor elaborate de către ANMCS
21. Elaborarea ghidurilor de practică medicală se realizează de către ANMCS, în colaborare cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi organizaţiile profesionale ale profesiilor medicale reglementate şi se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.
22. Evaluarea calităţii serviciilor medicale furnizate se va face de către ANMCS, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
23. Finanţarea activităţii furnizorilor de servicii de medicina primară
24. În sistemul de asigurări obligatorii de sănătate finanţarea serviciilor de asistenta medicala primara se realizează pe bază de contract între furnizorii de servicii de asistenta medicală primara şi asiguratorii de sănătate conform acordului cadru.
25. Finanţarea asistenţei medicale comunitare se face de la bugetele locale.
26. Cabinetul de medicină de familie poate realiza venituri din:
27. contracte încheiate cu asiguratorii de sănătate pentru servicii de sănătate din PSSB, din PSSF şi pentru alte servicii;
28. contracte încheiate pentru derularea programelor naţionale de sănătate
29. contracte încheiate cu autorităţile administraţiei publice locale
30. contracte încheiate cu terţi, pentru servicii de sănătate la cerere
31. plata directă de către pacienţisau de către asigurator, pentru servicii neacoperite de pachetul de servicii de sănătate de bază
32. coplata aferentă unor activităţi şi servicii medicale
33. contracte de cercetare şi pentru activitate didactică
34. donaţii, sponsorizări, închirieri
35. alte surse, conform legii.
36. Sistemul de plată pentru serviciile de asistenţă medicală primară poate cuprinde una sau mai multe din următoarele forme de plată:
37. tarif pe persoana asigurată
38. tarif pe serviciu medical
39. tarif pe caz rezolvat
40. tarif pe episod de boală
41. preţ de decontare
42. buget global
43. preţ de referinţă
44. bonusuri
45. salariu
46. alte forme prevăzute de reglementările în vigoare

# ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE

1. Dispozitii generale
3. Obiectul prezentului titlu îl constituie reglementarea domeniului asistenţei medicale în ambulatoriile de specialitate, asigurate prin serviciile specialităţilor clinice, paraclinice şi de medicină dentară.
4. În cuprinsul prezentului titlu următorii termeni sunt definiţi astfel:
5. asistenţă medicală de specialitate – servicii medicale furnizate de medicii specialiști în limitele competenţei dobândite prin formarea profesională specifică, pentru îngrijirea afecţiunilor acute şi cronice, prevenirea complicaţiilor şi promovarea sănătăţii;
6. medic specialist – medicul abilitat să exercite activităţile profesionale specifice unei specialităţi medicale cu titlul de specialist dobândit în condiţiile legii;
7. medic specialist dentist – medicul dentist abilitat să exercite activităţile profesionale specifice unei specialităţi medico-dentare cu titlul de specialist dobândit în condiţiile legii;
8. medic dentist – absolvent al facultăţilor de medicină dentară;
9. centrele de sănătate multifuncționale - unități cu personalitate juridică, administrate de comunitatea locală care reprezintă structuri de asistenţă ambulatorie de specialitate şi paraclinică, cu spitalizare de zi;
10. cabinete medicale de specialitate/cabinete medico-dentare – cabinete medicale organizate conform reglementărilor legale în vigoare, autorizate și care desfășoară o activitate medicală într-un anumit domeniu specializat sau activitati medico-dentare;
11. laboratoare clinice și paraclinice– unități specializate, acreditate și/sau autorizate, după caz, conform reglementărilor legale în vigoare și în care se desfășoară activități de investigații, prelucrare probe biologice, precum și alte activități cu caracter tehnologic, de educare și reeducare a limbajului și a comportamentului psihologic.
13. Rolul furnizorilor este realizarea prevenţiei secundare si terţiare, stabilirea diagnosticului si efectuarea tratamentului în regim ambulator în vederea protejării, menţinerii sau îmbunătăţirii stării de sănătate a populaţiei.
14. Asigurarea continuităţii terapeutice şi de diagnostic a serviciilor de sănătate prin integrare verticală cu asistenţa medicală primară şi cu cea spitalicească
16. Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se asigură de către medicii de specialitate împreună cu alt personal specializat și autorizat în condițiile legii, şi se acordă în:
17. cabinete medicale de specialitate organizate conform legislației în vigoare privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, autorizate şi/sau acreditate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
18. unităţi medicale ambulatorii de specialitate, autorizate şi/sau acreditate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare, integrate sau nu în structura spitalelor;
19. ambulatorii de specialitate integrate din structura spitalelor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;
20. laboratoare de radiologie şi imagistică medicală, analize medicale, explorări funcţionale, care îndeplinesc standardele de calitate, conform reglementărilor în vigoare;
21. centre de diagnostic şi tratament şi centre medicale multifuncționale, autorizate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
22. ambulatorii de specialitate ale spitalelor în care se desfăşoară activitate de învăţământ medical, potrivit legii;
23. cabinete medicale ambulatorii de specialitate din structura spitalului care nu fac parte din ambulatoriul de specialitate unic al spitalului;
24. îngrijiri de specialitate la domiciliu.
25. Servicii medicale de specialitate se acordă și în:
26. dispensare TBC;
27. laboratoare de sănătate mintală;
28. staţionare de zi cu profil de psihiatrie;
29. cabinete de medicină dentară.
30. Derularea şi coordonarea activităţilor din ambulatoriile de specialitate



Cabinetele medicale de specialitate și laboratoarele de la nivelul ambulatoriilor de specialitate și a centrelor medicale multifuncționale desfășoară următoarele activități:

1. intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale, în limita competenţelor personalului;
2. activități medicale curative;
3. activități de investigații și diagnostic;
4. activități de logopedie;
5. activități de psihologie;
6. activități de fizioterapie și recuperare medicală;
7. activități conexe actului medical;
8. activități de asistență medicală de specialitate pe bază de competențe acreditate și autorizate de Ministerul Sănătății.
10. Medicii specialiști/medicii dentisti pot profesa:
11. ca persoană fizică independentă în baza certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România şi a înregistrării la administraţia financiară în a cărei rază domiciliază ;
12. organizați sub forma cabinetelor de specialitate individuale, asociate, grupate sau sub forma de societăți civile medicale, cu sau fără personalitate juridică.
13. Cabinetele medicale care furnizează servicii medicale de specialitate nu pot fi asociaţi sau acționari ai producătorilor, distribuitorilor și furnizorilor de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale.
14. Producătorii, distribuitorii şi furnizorii de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale nu pot înfiinţa, deţine sau administra cabinete de servicii medicale de specialitate, indiferent de forma lor de organizare.
15. Preluarea activității unui praxis cu activitate medicală de specialitate poate fi realizată numai cu titlu gratuit de către un medic specialist cu aceeasi specializare, persoană fizică, ori de o unitate sanitară cu profil,în care cel puțin un medic este confirmat în specialitatea medicală respectivă, prin reprezentantul legal în formele de organizare prevăzute la alin.(1).
16. Noul deţinător va aduce la cunoştinţa autorităţilor de sănătate publică teritoriale, asiguratorului de sănătate, respectiv pacienţilor, preluarea praxisului cu respectarea metodologiei aprobate. Pentru a nu produce perturbãri în activitatea de asistentã medicalã de specialitate, persoana fizicã sau juridicã prevãzutã la alin. (5) va prelua si contractele în derulare care fac parte din patrimoniul de afectatiune profesionalã, precum si contractele care au ca obiect angajatii, pacientii, furnizorii de servicii si utilitãti.
17. Coordonarea activităţii cabinetelor medicale de specialitate/laboratoarelor se exercită de către medicul titular sau reprezentantul legal al cabinetului/laboratorului.
19. Serviciile medicale de specialitate furnizate de cabinetele medicale de specialitate, indiferent de forma de organizare, au ca factor determinant nevoile populaţiei din comunităţile deservite.
20. Autorităţile administratiei publice locale pot susţine activitatea furnizorilor de servicii medicale de specialitate la nivelul comunităţilor locale din punct de vedere financiar, material şi administrativ.
21. Autorităţile administraţiei publice locale pot sprijiniri furnizorii de servicii medicale de specialitate cu dotarea cu aparatură medicală şi materiale, în scopul creşterii gamei şi calităţii serviciilor oferite.
22. Participarea materială a autorităţilor administraţiei publice locale constă şi în punerea la dispoziţia furnizorilor de servicii medicale de specialitate a spaţiilor cu destinaţie de cabinete medicale/laboratoare.
24. Evidenţa activităţii medicale derulate la nivelul asistenţei medicale de specialitate se ţine în format electronic şi se transmite către asiguratorul de sănătate şi celelalte instituţii abilitate conform prevederilor legale.
25. Aplicaţiile informatice trebuie să permită integrarea verticală cu asistenţa medicală primară şi cu asistenţa spitalicească în vederea facilitării continuităţii îngrijirilor medicale, precum şi cu sistemul informatic unic integrat gestionat de ANRAOS.
26. Colectarea şi transmiterea de date referitoare la supravegherea epidemiologică pentru bolile transmisibile şi bolile cronice, implementarea programelor nationale de sănătate, precum şi datele referitoare la furnizarea serviciilor medicale se realizează în conformitate cu strategia informaţionala a Ministerului Sănătăţii.
28. Calitatea serviciilor medicale prestate de către furnizorii de asistenta medicala de specialitate se asigură prin aplicarea recomandărilor elaborate de către ANMCS.
29. Elaborarea şi evaluarea implementării ghidurilor de practică medicală se realizează de către ANMCS, în colaborare cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi organizaţiile profesionale ale profesiilor medicale reglementate şi se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.
30. Evaluarea calităţii serviciilor medicale furnizate se va face de către ANMCS, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
32. Laboratoarele de specialitate, organizate, autorizate si acreditate conform reglementarilor legale in vigoare pot furniza servicii de specialitate intr-o forma de organizare independenta sau in cadrul unei forme asociative, grupate sau sub forma de societate medicala civila.
33. Laboratoarele care furnizeaza servicii de specialitate nu pot fi asociati sau actionari ai producatorilor, distribuitorilor si furnizorilor de materiale sanitare, substante si reactivi sau echipamente medicale si tehnologice.
34. Producatorii, distribuitorii si furnizorii de materiale sanitare, substante si reactivi sau echipamente medicale si tehnologice nu pot infiinta, detine sau administra laboratoare de specialitate, indiferent de forma de organizare.
35. Coordonarea activitatii laboratoarelor care furnizeaza servicii de specialitate se exercita de reprezentantul legal al laboratorului.
37. Evidenţa activităţii medicale derulate la nivelul asistenţei medicale de laborator se ţine în format electronic şi se transmite către asiguratorul de sănătate şi ANRAOS, potrivit prevederilor acordului cadru.
38. Aplicaţiile informatice trebuie să permită integrarea verticală cu asistenţa medicală primară, de specialitate şi cea spitalicească în vederea facilitării continuităţii îngrijirilor medicale, precum şi cu sistemul informatic unic integrat gestionat de ANRAOS.
40. Calitatea serviciilor medicale prestate de către furnizorii de asistenta medicala de laborator se asigură prin aplicarea recomandărilor elaborate de către ANMCS.
41. Elaborarea şi evaluarea implementării ghidurilor clinice la nivelul laboratorului se realizează de către ANMCS, în colaborare cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi organizaţiile profesionale ale profesiilor medicale reglementate şi se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.
42. Evaluarea calităţii serviciilor medicale furnizate se va face de către ANMCS, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
43. Finantarea activitii furnizorilor de servicii medicale de specialitate din ambulatoriile de specialitate, laboratoare si centre medicale multifunctionale
45. Decontarea serviciilor furnizate de catre furnizorii de servicii medicale de specialitate se face pe baza documentelor justificative prezentate de catre acestia asiguratorilor de sanatate cu care se afla in relatii contractuale.
46. Pot incheia contracte cu asiguratorii de sanatate, atat pentru asigurarile obligatorii de sănătate, cat si pentru asigurările facultative:
47. cabinetele medicale de specialitate, prin reprezentantii legali;
48. medicii specialisti dentişti acreditaţi si laboratoarele tehnice, organizate conform reglementarilor legale in vigoare;
49. laboratoarele de investigatii de radiologie şi imagistică medicală, analize medicale, explorări funcţionale, pentru servicii medicale paraclinice.

Cabinetele medicale de specialitate, laboratoarele si centrele medicale multifunctionale pot realiza venituri, dupa caz, si din:

1. contracte încheiate cu direcţiile de sănătate publică;
2. contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate;
3. contracte încheiate cu autorităţile administraţiei publice locale;
4. contracte incheiate cu cabinetele medicale din asistenta medicala primara;
5. contracte încheiate cu terţi, pentru servicii aferente unor competenţe suplimentare;
6. plata directă de la pacienţi, pentru serviciile necontractate cu terţi plătitori, şi suportata de aceştia;
7. coplata aferentă unor activităţi şi servicii medicale;
8. contracte de cercetare şi pentru activitate didactică;
9. donaţii, sponsorizări;
10. alte surse, conform legii.

# SPITALELE

1. Dispoziţii generale

Spitalul este unitatea medicala cu paturi, cu personalitate juridică, de utilitate publică, ce furnizează servicii de sănătate.



Spitalele au ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale preventive, curative, de recuperare şi/sau paleative în regim de spitalizare continua, spitalizare de zi, ambulator și îngrijiri la domicliu, în relație contractuală cu asiguratori de sănătate sau cu plată directă, la cererea pacienților, în conformitate cu clasificarea în funcţie de competenţe, stabilită prin ordin al ministrului sănătăţii.



Pentru asigurarea dreptului la ocrotirea sănătăţii, Ministerul Sănătăţii evaluează periodic nevoia de servicii medicale spitalicești și propune o dată la 3 ani, Planul naţional de paturi din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.



Toate spitalele au obligaţia de a acorda primul ajutor medical de urgenţă, la nivelul competenţei personalului prezent, oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătăţii persoanei este critică sau cu potenţial de agravare, până la predarea acesteia către un echipaj medical de urgenţă.



Spitalul răspunde solicitării autorităţilor pentru asigurarea asistenţei medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale, accidente colective şi alte situaţii de criză conform legislaţiei în vigoare.

1. Organizarea spitalelor

Spitalele poate fi publice, private şi publice cu structuri în care se desfăşoară activitate privată.

2. Spitalele publice sunt organizate ca instituţii de sănătate.
3. Instituţiile de sănătate sunt persoane juridice de drept public, autonome financiar care nu se încadrează în categoria instituţiilor publice bugetare.

Spitalele se organizează şi funcţionează, în funcţie de regimul proprietăţii, în:

1. spitale publice, organizate ca instituţii de sănătate, aflate în administrarea Ministerului Sănătăţii, a ministerelor cu rețea sanitară proprie, a universităților de medicină și farmacie și a autorităților publice locale; în spitalele publice pot să funcţioneze stucturi în care se pot desfăşura activităţi private, pe bază de contract;
2. spitale private, organizate ca persoane juridice de drept privat.

Din punct de vedere al învăţământului şi al cercetării ştiinţifice medicale, spitalele pot fi:

1. Institute - spitale cu caracter regional, monoprofil, care acordă asistență medicală completă pentru cazurile complexe, cu incidență scăzută, care necesită o experiență profesională crescută. Spitalul dispune de dotări tehnice de înaltă performanță, desfășoară activitate de învățământ universitar și post universitar, și activitate de cercetare fundamentală și clinică cu personal dedicat
2. spitale universitare - spitale care au ca administrator o universitate de învătământ medico farmaceutic acreditată şi desfăşoară activitate de învăţământ, cercetare ştiinţifică-medicală şi de educaţie continuă.
3. spitale clinice - spitale care au în componenţă structuri clinice care asigură asistenţă medicală, desfăşoară activitate de învăţământ, cercetare ştiinţifică-medicală şi de educaţie continuă, având relaţii contractuale cu o instituţie de învăţământ medical superior acreditată. Pentru activitatea medicală, diagnostică şi terapeutică, personalul didactic este în subordinea administraţiei spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă
4. structurile clinice - structurile de spital în care se desfăşoară activităţi de asistenţă medicală, învăţământ medical, cercetare ştiinţifică-medicală şi de educaţie medicală continuă (EMC). În aceste structuri este încadrat cel puţin un cadru didactic universitar, prin integrare clinică. Pentru activitatea medicală, diagnostică şi terapeutică, personalul didactic este în subordinea administraţiei spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă.

Pentru asigurarea priorităţilor politicii naţionale de sănătate, Ministerul Sănătăţii îşi organizează şi asigură managementul unei reţele strategice de spitale publice, stabilită prin hotărâre de guvern.

1. Funcţionarea spitalelor
3. Spitalul funcţionează în condiţiile menţionate în autorizaţia sanitară de funcţionare. În lipsa acesteia, activitatea spitalelor se suspendă.
4. Autorizaţia sanitară de funcţionare se emite şi se retrage în condiţiile stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii.
6. După obţinerea autorizaţiei sanitare de funcţionare, spitalul intră în procedura de acreditare.
7. Procedura de acreditare nu se poate extinde pe o perioadă mai mare de 5 ani.
8. Acreditarea spitalului atestă conformitatea cu standardele adoptate la nivel național, având următoarele obiective:
9. să ofere siguranţă populaţiei în legatură cu serviciile de sănătate acreditate;
10. să ofere informaţii corecte despre performanța serviciilor oferite populației și tuturor parților interesate;
11. să stimuleze și să motiveze spitalele și pe practicieni în activitatea lor îndreptată spre    satisfactia populației printr-o înaltă calitate a serviciilor lor.
12. Acreditarea se acordă de către Agenţia Naţională de Management al Calităţii în Sănătate (ANMCS), care are în structura sa Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor.
13. Lista cu unităţile spitaliceşti acreditate şi categoria acreditării se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, precum şi pe site-ul ANMCS.
14. Acreditarea este valabilă 5 ani. Cu minim 6 luni înainte de expirarea termenului, spitalul solicită evaluarea în vederea reacreditării.
15. Reevaluarea unui spital se poate face şi la solicitarea Ministerului Sănătăţii, a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum si a asiguratorului de sănătate. Taxele legate de reevaluare sunt suportate de solicitant.
16. Dacă în urma reevaluării se constată că nu mai sunt îndeplinite standardele de acreditare, ANMCS acordă un termen pentru conformare sau retrage acreditarea pentru categoria solicitată.

Spitalele private au obligaţia de a notifica Ministerul Sănătăţii cu privire la structura cu care funcţionează şi la orice modificare a acesteia.



Normativele de personal reprezinta baza minimă de încadrare pentru furnizarea serviciilor de sănătate, indiferent de forma de organizare a spitalelor.



Spitalul asigură condiţii de investigaţii medicale şi tratament conform clasificării pe nivele de competenţă, stabilite pe baza ordinului ministrului sănătăţii.



Spitalul asigură condiţii de cazare, igienă, alimentaţie şi de prevenire a infecţiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.



Spitalul răspunde, în condiţiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condiţiilor de cazare, igienă, alimentaţie şi de prevenire a infecţiilor nosocomiale.

2. În spital se pot desfăşura şi activităţi de învăţământ medico-farmaceutic, postliceal, universitar şi postuniversitar, precum şi activităţi de cercetare ştiinţifică medicală.
3. Colaborarea dintre spitale şi instituţiile de învăţământ superior medical, respectiv unităţile de învăţământ medical, se desfăşoară pe bază de contract, încheiat conform metodologiei aprobate prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al ministrului educaţiei şi cercetării.
4. Cercetarea ştiinţifică medicală, inclusiv studiile clinice se efectuează exclusiv pe bază de contract de cercetare, încheiat între spital şi finanţatorul cercetării, cu avizul Ministerului Sănătăţii, conform prevederilor legale în vigoare.
5. În spitale se pot desfăşura activităţi de educaţie medicală continuă pentru medici, asistenţi medicali şi alt personal.

Promovarea produselor medico-farmaceutice în spital se face conform metodologiei stabilite prin ordin de ministru.



Indiferent de forma de organizare, spitalele pot să încheie contracte de furnizare de servicii de sănătate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, cu condiţia încadrării în Planul naţional de paturi.



Decontarea contravalorii serviciilor de sănătate contractate in sistemul de asigurari obligatorii de sănătate se face conform contractului de furnizare, pe bază de documente justificative, în funcţie de realizarea serviciilor, cu respectarea prevederilor din acordul cadru.



Spitalele, indiferent de forma de organizare, pot încheia contracte cu direcţiile de sănătate publică în vederea derulării programelor naţionale de sănătate şi desfăşurării unor activităţi specifice acestora.

1. Spitalul public

Spitalele publice, instituţii de sănătate, sunt administrate şi conduse de către un consiliu de administraţie şi un comitet director condus de un manager.



Modalităţile de înfiinţare, organizare şi conducere a spitalelor se stabilesc prin Normele metodologice la prezenta lege, aprobate prin hotărâre de guvern.



Structura spitalului, instituţie de sănătate, se propune de către manager, se aprobă de către consiliul de administraţie, după aprobarea prealabilă a numărului total de paturi de către Ministerul Sănătăţii.



Pentru specialităţile de importanţă naţională, nominalizate prin ordin al ministrului sănătăţii, înfiinţarea, modificarea sau desfiinţarea structurilor corespunzătoare acestor specialităţi sunt supuse aprobării prealabile a ministerului sănătăţii.

2. Structura spitalelor publice se organizează pe secţii şi compartimente.
3. Secţiile se organizează pe specialităţi distincte şi/sau pe grupuri de specialităţi.



În structura spitalului public funcţionează o unitate de management al calităţii, încadrat cu personal corespunzător.



Funcţionarea spitalelor, instituţii de sănătate, se asigură prin personal propriu angajat cu contract individual de muncă, care nu este încadrează în categoria personalului bugetar, şi/sau prin contracte de prestări servicii.



Salarizarea personalului din spitalele publice, instituţii de sănătate, se face diferenţiat, pe criterii de performanţă, cu respectarea prevederilor Legii nr.53/2003 - Codul Muncii, cu modificările şi completările ulterioare.



Spitalele, indiferent de forma de organizare, care realizează venituri din contracte de furnizare de servicii de sănătate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, au obligaţia contractării unui audit financiar extern anual. Raportul de audit se publică pe site-ul propriu.

1. Finanţarea spitalelor publice
3. Spitalele publice, instituţii de sănătate se autofinanţează şi funcţionează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile spitalelor publice provin:
4. Din contractele de servicii de sănătate încheiate cu asiguratorii de sănătate;
5. De la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătăţii pentru:
   * 1. desfăşurarea activităţilor cuprinse în programele naţionale de sănătate,
     2. investiţii;
6. De la bugetele administraţiei publice teritoriale;
7. Din fonduri europene nerambursabile;
8. Din contracte de închiriere ale unor spaţii medicale, aparatură şi echipamente către alţi furnizori de servicii de sănătate;
9. Donaţii, sponsorizări, contracte de cercetare, coplată pentru servicii medicale;
10. Servicii de sănătate, hoteliere sau de altă natură furnizate la cerere;
11. Legate;
12. Împrumuturi interne sau externe în vederea finanţării investiţiilor;
13. Asocieri investiţionale în domenii medicale ori de cercetare medicală şi farmaceutică;
14. Editarea şi furnizarea unor publicaţii cu caracter medical;
15. Alte surse conform legislaţiei în vigoare.
16. Activitatea spitalelor organizate ca instituţii de sănătate este non-profit.
17. Bugetul de venituri şi cheltuieli al spitalelor publice, execuţia bugetară, raportul anual de audit, raportul anual de activitate se publică pe site-ul unităţii medicale şi al autorităţii care are responsabilitatea managementului unităţii.
18. Spitalele publice din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale pot primi sume de la bugetul local pentru finanţarea cheltuielilor necesare în vederea bunei desfăşurări a activităţii.
20. Spitalele publice din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale pot primi sume de la bugetul de stat şi din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, care se alocă prin transfer către autorităţile administraţiei publice locale, pentru:
21. finalizarea obiectivelor de investiţii noi, de investiţii în continuare, nominalizate în listele programului de investiţii, anexă la bugetul Ministerului Sănătăţii din legea bugetului de stat, aflate în derulare la nivelul spitalelor,
22. dotarea cu aparatură medicală, în condiţiile în care autorităţile administraţiei publice locale participă la achiziţionarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora;
23. reparaţii capitale la spitale, în condiţiile în care autorităţile administraţiei publice locale participă cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora;
24. finanţarea obiectivelor de modernizare, transformare şi extindere a construcţiilor existente, precum şi expertizarea, proiectarea şi consolidarea clădirilor în condiţiile în care autorităţile administraţiei publice locale participă la achiziţionarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora.
25. Sumele alocate din bugetul Ministerului Sănătăţii şi din bugetul autorităţilor administraţiei publice locale prevăzute la alin. (1) lit. b), c) şi d), criteriile de alocare, precum şi lista spitalelor publice beneficiare se aprobă anual prin ordin al ministrului sănătăţii, în termen de 60 de zile de la data publicării legii bugetului de stat.
26. Ordinul prevăzut la alin. (2) se aprobă ca urmare a propunerii făcute de o comisie de analiză a solicitărilor depuse la Ministerul Sănătăţii.

Imobilele din domeniul public al statului sau al unor unităţi administrativ-teritoriale, aflate în administrarea unor spitale publice, care se reorganizează şi devin disponibile, precum şi aparatura medicală pot fi, închiriate sau concesionate, după caz, unor persoane fizice ori juridice, în scopul organizării şi funcţionării unor furnizori de servicii medicale sau pentru alte forme de asistenţă medicală ori socială, în condiţiile legii.



Sumele obţinute în condiţiile legii din închirierea bunurilor constituie venituri proprii ale spitalului şi se utilizează în conformitate cu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat.

1. Controlul

Activităţile organizatorice şi funcţionale cu caracter medico-sanitar din spitalele publice și private sunt reglementate şi supuse controlului Ministerului Sănătăţii, iar în spitalele din subordinea ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, controlul este efectuat de Ministerul Sănătăţii şi de structurile specializate ale acestora. Normele de efectuare a controlului organzatoric și funcțional se aprobă prin hotărâre de Guvern.



Controlul asupra activităţii financiare a spitalului public se realizează, în condiţiile legii, de Ministerul Sănătăţii, de Curtea de Conturi, de ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie sau de alte institutii abilitate prin lege.

1. Dispoziţii tranzitorii şi finale
3. Spitalul, indiferent de forma de organizare, are obligaţia să înregistreze, să stocheze, să prelucreze şi să transmită informaţiile legate de activitatea sa, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
4. Raportările se fac către Ministerul Sănătăţii, serviciile publice deconcentrate cu personalitate juridică ale Ministerului Sănătăţii, ANMCS şi, după caz, către ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, pentru constituirea bazei de date, la nivel naţional, în vederea fundamentării deciziilor de politică de sănătate, precum şi pentru raportarea datelor către organismele internaţionale.
5. Spitalele au obligatia sa raporteze catre ANRAOS şi asiguratori de sănătate toate datele mentionate in contractele încheiate cu aceştia.
6. Documentaţia primară, ca sursă a acestor date, se păstrează, securizată şi asigurată sub formă de document scris şi electronic, constituind arhiva spitalului, conform reglementărilor legale în vigoare.
7. Informaţiile prevăzute la alin. (1), care constituie secrete de stat şi de serviciu, vor fi accesate şi gestionate conform standardelor naţionale de protecţie a informaţiilor clasificate.

# 

# Efectuarea prelevării şi transplantului de organe, ţesuturi şi celule de origine umană în scop terapeutic

1. Dispoziţii generale
3. Prelevarea şi transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană se fac în scop terapeutic, cu asigurarea unor standarde de calitate şi siguranţă în vederea garantării unui nivel ridicat de protecţie a sănătăţii umane, în condiţiile prezentului titlu.
4. Prezentul act normativ se aplică donării, testării, evaluării, prelevării, conservării, transportului şi transplantului de organe, ţesuturi şi celule de origine umană destinate transplantului.
5. În cazul în care astfel de organe, ţesuturi şi celule de origine umană sunt utilizate în scopul cercetării, prezentul act normativ nu se aplică decât dacă acestea sunt destinate transplantului uman.

În înţelesul prezentului titlu, termenii şi noţiunile folosite au următoarele semnificaţii:

1. celula - unitatea elementară anatomică şi funcţională a materiei vii. În sensul prezentei legi, termenul celulă/celule se referă la celula umană individuală sau la o colecţie de celule umane, care nu sunt unite prin nici o formă de substanţă intercelulară;
2. ţesut - gruparea de celule diferenţiate, unite prin substanţa intercelulară amorfă, care formează împreună o asociere topografică şi funcţională;
3. organ - partea diferenţiată în structura unui organism, adaptată la o funcţie definită, alcătuită din mai multe ţesuturi sau tipuri celulare, prezentând vascularizaţie şi inervaţie proprii. Constituie organ în înţelesul arătat şi o parte a unui organ, dacă este destinată utilizării în corpul uman în acelaşi scop ca şi organul întreg, menţinându-se cerinţele legate de structură şi vascularizare
4. prelevare - recoltarea de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană sănătoase morfologic şi funcţional, in vederea efectuării unor proceduri de transplant
5. transplant - acea activitate medicală prin care, în scop terapeutic, în organismul unui pacient este implantat sau grefat un organ, ţesut ori celulă. Reglementările cuprinse în prezenta lege se adresează inclusiv tehnicilor de fertilizare in vitro;
6. donator - subiectul în viaţă sau decedat, de la care se prelevează organe, ţesuturi şi/sau celule de origine umană pentru utilizare terapeutică;
7. primitor - subiectul care beneficiază de transplant de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule;
8. autoritate competentă – instituţiile responsabile cu coordonarea, supravegherea, acreditarea şi inspecţia activităţii din domeniul transplantului, precum şi implementarea oricăror dispoziţii privind activitatea din domeniul transplantului.
9. acreditare – acordarea dreptului de a desfasura activitati de prelevare, conservare si transplant a organelor, tesuturilor si celulelor de origine umana in functie de specificul fiecarei activitati, dupa constatatea indeplinirii condiţiilor tehnice necesare. Evaluarea in vederea acreditarii se face de catre reprezentanţi ai Agentiei Nationale de Transplant iar acreditarea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii;
10. distrugere - destinaţia finală a unui organ, ţesut sau celulă în cazul în care nu este utilizat pentru transplant;
11. donare - faptul de a dona organe, ţesuturi şi/sau celule destinate transplantului;
12. evaluarea donatorului - colectarea de informaţii relevante cu privire la caracteristicile donatorului, necesare pentru a evalua eligibilitatea acestuia în vederea donării de organe, ţesuturi şi celule pentru a efectua o evaluare adecvată a riscurilor, pentru reducerea la minimum a riscurilor pentru primitor şi pentru a optimiza alocarea organelor, ţesuturilor şi celulelor;
13. organizaţie europeană de schimb de organe - o organizaţie non-profit, publică sau privată, consacrată schimbului naţional şi transfrontalier de organe, ale cărei ţări membre sunt în majoritate state membre;
14. evaluarea organului - colectarea de informaţii relevante cu privire la caracteristicile organului, necesare pentru a evalua compatibilitatea sa, pentru a efectua o evaluare adecvată a riscurilor, pentru reducerea la minimum a riscurilor pentru primitor şi pentru a optimiza alocarea organelor;
15. centru de prelevare - o unitate sanitară publica sau privata, o echipă medicala sau un departament din cadrul unui spital, o persoană sau oricare alt organism care realizează sau coordonează prelevarea de organe, ţesuturi şi/sau celule şi este acreditat in domeniul transplantului;
16. conservare - utilizarea unor agenţi chimici, modificarea condiţiilor de mediu sau alte mijloace folosite pentru a împiedica sau pentru a întârzia deteriorarea biologică sau fizică a organelor, ţesuturilor si celulelor de la prelevare la transplant;
17. incident advers sever - orice incident nedorit şi neaşteptat intervenit în orice etapă a lanţului, de la donare la transplant, care ar putea determina transmiterea unei boli transmisibile, decesul sau punerea în pericol a vieţii sau care poate provoca o invaliditate sau o incapacitate a pacientului sau care poate provoca sau prelungi spitalizarea sau morbiditatea;
18. reacţie adversă severă - o reacţie nedorită, inclusiv o boală transmisibilă, la donatorul viu sau la primitor, intervenită în orice etapă a lanţului, de la donare la transplant, care este fatală, pune în pericol viaţa sau provoacă o invaliditate sau o incapacitate a pacientului sau care provoacă sau prelungeşte spitalizarea sau morbiditatea;
19. proceduri operaţionale - instrucţiunile scrise care descriu etapele dintr-un proces specific, inclusiv materialele şi metodele care trebuie utilizate şi rezultatul final preconizat;
20. centru de transplant - o unitate sanitară publica sau privata, o echipă medicala sau un departament din cadrul unui spital, sau oricare alt organism care realizează transplantul de organe,tesuturi si celule de origine umana şi este acreditat in domeniul transplantului
21. trasabilitate - capacitatea de a localiza şi identifica organul, ţesutul sau celula în orice etapă a lanţului, de la donare la transplant sau distrugere, inclusiv materialele utilizate.
22. bancă agreată - banca aflată în afara teritoriului României. Pentru terţe ţări banca trebuie să respecte standardele de calitate şi siguranţă impuse de Directiva 2004/23/EC şi să prezinte documente justificative în acest sens. Pentru Statele Membre ale Uniunii Europene, banca trebuie să fie acreditată de autoritatea competentă din ţara respectivă.
23. autorizaţie specială – permisiune de export - import de sânge placentar şi mostre de sânge din cordonul ombilical pe perioada de 1 an, în condiţiile în care procesarea, conservarea şi depozitarea se fac într-o bancă agreată de către Agenţia Naţională de Transplant.
24. Unitate sanitara acreditata – unitatea sanitara publica sau privata acreditata pentru desfasurarea activitatilor din domeniul transplantului;
25. banca de tesuturi si celule – unitate care desfasoara activitati de prelucrare,conservare,stocare sau distribuire de tesuturi si celule umane.
27. Autorităţi competente în domeniul activităţii de transplant din România sunt structura de control în domeniul sănătatii publice din cadrul Ministerului Sanatatii si Agenţia Naţională de Transplant.
28. Prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de origine umană se realizează în unitati sanitare publice sau private acreditate.
29. Transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană se realizează în centre de transplant publice sau private acreditate. Acreditarea emisă va menţiona tipul sau tipurile de transplant pe care centrul de transplant în cauză le poate desfăşura. Criteriile de acreditare se stabilesc de către Agenţia Naţională de Transplant şi sunt aprobate prin Ordin al Ministrului Sănătăţii.
30. Personalul medical direct implicat în toate etapele lanţului, de la donare la transplant sau distrugerea organelor, ţesuturilor şi celulelor este calificat sau instruit corespunzător şi competent pentru îndeplinirea atribuţiilor şi a beneficiat de instruire profesională în domeniu.
31. Donarea şi donatorul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană

Prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de origine umană de la donatorul în viaţă se face în următoarele condiţii:

1. prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de origine umană, în scop terapeutic, se poate efectua de la persoane majore în viaţă, având capacitate de exerciţiu deplină, după obţinerea consimţământului informat, scris, liber, prealabil şi expres al acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1. Se interzice prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de la persoane fără capacitate de exerciţiu;
2. consimţământul se semnează numai după ce donatorul a fost informat de medic, asistentul social sau alte persoane cu pregătire de specialitate asupra eventualelor riscuri şi consecinţe pe plan fizic, psihic, familial şi profesional, rezultate din actul prelevării;
3. donatorul poate reveni asupra consimţământului dat, până în momentul prelevării;
4. prelevarea şi transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană ca urmare a exercitării unei constrângeri de natură fizică sau morală asupra unei persoane sunt interzise;
5. donarea şi transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană nu pot face obiectul unor acte şi fapte juridice, în scopul obţinerii unui folos material sau de altă natură.
6. donatorul şi primitorul vor semna un act legalizat prin care declară că donarea se face în scop umanitar, are caracter altruist şi nu constituie obiectul unor acte şi fapte juridice în scopul obţinerii unui folos material sau de altă natură, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1.
7. donatorul va fi scutit de plata spitalizării/spitalizărilor aferente donării, precum şi a costurilor aferente contoralelor medicale periodice post-donare.
8. Centrele de transplant vor păstra o evidenţă a donatorilor vii care au donat în centrul respectiv, în conformitate cu dispoziţiile naţionale privind protecţia datelor cu caracter personal şi confidenţialitatea statistică
9. monitorizarea donatorilor vii include controalele medicale periodice obligatorii care se vor realiza la 1 lună, 3 luni, 6 luni şi 1 an post-donare, iar ulterior anual.
11. Se interzice prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de la potenţiali donatori minori în viaţă, cu excepţia cazurilor prevăzute în prezenta lege.
12. Prin derogare de la alin. (1), în cazul în care donatorul este minor, prelevarea de celule stem hematopoietice medulare sau periferice se face în următoarele condiţii:
13. prelevarea de celule stem hematopoietice medulare sau periferice de la minori se poate face numai cu consimţământul minorului dacă acesta a împlinit vârsta de 14 ani şi cu acordul scris al ocrotitorului legal, respectiv al părinţilor, tutorelui sau al curatorului. Dacă minorul nu a împlinit vârsta de 14 ani, prelevarea se poate face cu acordul ocrotitorului legal;
14. în cazul donatorului care are cel puţin 14 ani, consimţământul acestuia, scris sau verbal, se exprimă în faţa preşedintelui tribunalului în a cărui circumscripţie teritorială se află sediul centrului unde se efectuează transplantul, după efectuarea obligatorie a unei anchete de către autoritatea tutelară competentă, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2.
15. Refuzul scris sau verbal al minorului împiedică orice prelevare.
17. Prelevarea de organe, ţesuturi sau celule de la donatorul viu se va efectua cu avizul comisiei de avizare a donării de la donatorul viu, constituită în cadrul spitalului în care se efectuează transplantul; această comisie va evalua motivaţia donării şi va controla respectarea drepturilor pacienţilor, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1.
18. Comisia de avizare a donării de la donatorul viu va avea următoarea componenţă: un medic cu pregătire în bioetică din partea colegiului medicilor judeţean sau al municipiului Bucureşti, un psiholog sau un medic psihiatru şi un medic primar, angajat al spitalului şi având atribuţii de conducere în cadrul acestuia, neimplicat în echipa de transplant.
19. Această comisie va funcţiona conform unui regulament emis de Agenţia Naţională de Transplant, cu consultarea Comisiei de bioetică a Ministerului Sănătăţii. Regulamentul va fi aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii publice.
20. Comisia va evalua atât donatorul, cât şi primitorul care vor fi supuşi unui examen psihologic şi/sau psihiatric, având ca scop testarea capacităţii de exerciţiu, precum şi stabilirea motivaţiei donării.
21. Examenul psihologic/psihiatric va fi efectuat de un specialist, psiholog sau psihiatru, independent atât de echipa care efectuează transplantul, cât şi de familiile donatorului şi primitorului.
22. Prelevarea, de la donatori vii, de sânge, piele, spermă, cap femural, placentă, sânge din cordonul ombilical, membrane amniotice, ce vor fi utilizate în scop terapeutic, se face cu respectarea regulilor de bioetică cuprinse în regulamentul comisiei de avizare a donării de la donatorul viu, fără a fi necesar avizul acestei comisii.
23. În cazul recoltării de sânge placentar, mostre de sânge, piele, spermă, cap femural, placentă, membrane amniotice, sânge din cordonul ombilical şi ţesut din cordonul ombilical la naştere, va trebui adăugată pe autorizaţie şi numărul documentului de acreditare sau agreere a băncii de către Agenţia Naţională de Transplant.
24. Datele privind donatorul şi receptorul, inclusiv informaţiile genetice, la care pot avea acces terţe părţi, vor fi comunicate sub anonimat, astfel încât nici donatorul, nici receptorul să nu poată fi identificaţi.
25. Dacă donatorul nu doreşte să-şi divulge identitatea, se va respecta confidenţialitatea donării, cu excepţia cazurilor în care declararea identităţii este obligatorie prin lege.

Prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de la donatorul decedat se face în următoarele condiţii:

1. se defineşte ca donator decedat fără activitate cardiacă persoana la care s-a constatat oprirea cardiorespiratorie iresuscitabilă şi ireversibilă, confirmată în spital de 2 medici primari. Confirmarea donatorului decedat fără activitate cardiacă se face conform protocolului de resuscitare, prevăzut în anexa nr. 6, excepţie făcând situaţiile fără echivoc;
2. se defineşte ca donator decedat cu activitate cardiacă persoana la care s-a constatat încetarea ireversibilă a tuturor funcţiilor creierului, conform protocolului de declarare a morţii cerebrale prevăzut în anexa nr. 3;
3. declararea morţii cerebrale se face de către medici care nu fac parte din echipele de coordonare, prelevare, transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;
4. prelevarea de organe, ţesuturi şi/sau celule de la persoanele decedate se face numai cu consimţământul scris a cel puţin unuia dintre membrii majori ai familiei sau al rudelor, în următoarea ordine: soţ, părinte, copil, frate, soră. În absenţa acestora, consimţământul va fi luat de la persoana autorizată, în mod legal, conform legislaţiei în domeniu, să îl reprezinte pe defunct; în ambele situaţii se procedează conform modelului prevăzut în anexa nr. 4;
5. prelevarea se poate face fără consimţământul membrilor familiei dacă, în timpul vieţii, persoana decedată şi-a exprimat deja opţiunea în favoarea donării, printr-un act notarial de consimţământ pentru prelevare.
6. prelevarea nu se poate face sub nici o formă dacă, în timpul vieţii, persoana decedată şi-a exprimat deja opţiunea împotriva donării, prin act de refuz al donării.. Actul de refuz al donării, , va fi prezentat de către aparţinători coordonatorului de transplant.
8. Prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de la donatori vii şi decedaţi se efectuează numai după un control clinic şi de laborator care să excludă orice boală infecţioasă, o posibilă contaminare sau alte afecţiuni care reprezintă un risc pentru primitor, conform protocoalelor stabilite pentru fiecare organ, ţesut sau celulă în parte. În cazul celulelor stem contaminate (excepţie HIV, lues şi infecţii rezistente la antibioticele uzuale), acestea pot fi depozitate la cererea familiei separat de probele sterile.
9. Repartiţia organelor, ţesuturilor şi celulelor de origine umană prelevate la nivel naţional se efectuează de către Agenţia Naţională de Transplant, în funcţie de regulile stabilite de aceasta privind alocarea organelor, ţesuturilor şi celulelor de origine umană în cadrul sistemului de transplant din România.
10. În condiţiile în care pe teritoriul naţional nu există nici un primitor compatibil cu organele, ţesuturile şi celulele de origine umană disponibile, acestea pot fi alocate în reţeaua internaţională de transplant, pe baza unei autorizaţii speciale emise de Agenţia Naţională de Transplant, conform modelului prevăzut în anexa nr. 7
11. Ţesuturile şi celulele de origine umană prelevate pot fi utilizate imediat pentru transplant sau pot fi procesate şi depozitate în băncile de ţesuturi şi celule, acreditate sau agreate de Agenţia Naţională de Transplant.
12. Transplantul de ţesuturi sau celule de origine umană se efectuează numai din băncile acreditate sau agreate de Agenţia Naţională de Transplant.
13. Fiecare prelevare de organ, ţesut sau celulă de origine umană de la donator decedat este anunţată imediat şi înregistrată in Registrul National de Transplant la Agenţia Naţională de Transplant, conmform procedurilor stabilite prin ordin al ministrului sanatatii; în cazul donatorilor vii, aceste date sunt raportate Agenţiei Naţionale de Transplant la fiecare 6 luni.
14. Medicii care au efectuat prelevarea de organe şi ţesuturi de la o persoană decedată vor asigura restaurarea cadavrului şi a fizionomiei sale prin îngrijiri şi mijloace specifice, inclusiv chirurgicale dacă este necesar, în scopul obţinerii unei infăţişări demne a corpului defunctului.
15. Prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de origine umană, în cazuri medico-legale, se face numai cu consimţământul medicului legist, conform modelului prevăzut în anexa nr. 8; prelevarea poate fi refuzata doar în cazul în care compromite rezultatul autopsiei medico-legale.
16. Introducerea sau scoaterea din ţară de organe, ţesuturi, celule de origine umană se face numai pe baza autorizaţiei speciale emise de Agenţia Naţională de Transplant, după modelul prevăzut în anexa nr. 7, respectiv anexa nr. 9, conform legislaţiei vamale.
17. Raportarea autorizaţiilor emise de Agenţia Naţională de Transplant către Ministerul Sănătăţii se face anual sau la cererea acestuia.
18. Introducerea sau scoaterea din ţară de ţesuturi si celule de origine umană altele decât cele prevăzute la art. 148 punctul (9) din prezenta lege se face numai de către băncile acreditate, agreate sau sucursale directe ale acestora pe baza autorizaţiei speciale emise de Agenţia Naţională de Transplant, cu valabilitate pentru o perioadă de un an
19. Se interzice divulgarea oricărei informaţii privind identitatea donatorului cadavru, precum şi a primitorului, exceptând cazurile în care familia donatorului, respectiv primitorul sunt de acord, precum şi cazurile în care declararea identităţii este obligatorie prin lege. Datele privind donatorul şi receptorul, inclusiv informaţiile genetice, la care pot avea acces terţe părţi, vor fi comunicate sub anonimat, astfel încât nici donatorul, nici receptorul să nu poată fi identificaţi.
20. Agenţia Naţională de Transplant poate acorda servicii funerare şi/sau transportul cadavrului, în cazul donatorilor de la care s-au prelevat organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule.
21. După fiecare prelevare de organe, ţesuturi şi/sau celule de la donatorii cadavru se vor completa, cu datele din momentul prelevării, Fişa de declarare a donatorului şi Fişa de prelevare de organe şi ţesuturi, prevăzute în anexa nr. 10.
22. Structura de control în domeniul sănătatii publice a Ministerului Sănătăţii stabileşte împreuna cu Agenţia Naţională de Transplant un sistem de vigilenţă pentru raportarea, investigarea, înregistrarea şi transmiterea informaţiilor despre incidentele adverse severe şi reacţiile adverse severe apărute în orice etapă a lanţului de la donare la transplant, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii.
23. Structura de control în domeniul sănătatii publice a Ministerul Sănătăţii coordonează şi organizează sistemul de vigilenţă pentru notificarea incidentele adverse severe şi reacţiile adverse severe din domeniul activităţii de transplant.
24. Transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană

Transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană se efectuează numai în scop terapeutic.



Transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană se efectuează cu consimţământul scris al primitorului, după ce acesta a fost informat asupra riscurilor şi beneficiilor procedeului, conform modelului prevăzut în anexa nr. 11.

2. În cazul în care primitorul este în imposibilitatea de a-şi exprima consimţământul, acesta poate fi dat în scris de către unul din membrii familiei sau de către reprezentantul legal al acestuia, conform modelului prevăzut în anexa nr. 11.
3. În cazul primitorului aflat în imposibilitatea de a-şi exprima consimţământul, transplantul se poate efectua fără consimţământul prevăzut anterior dacă, datorită unor împrejurări obiective, nu se poate lua legătura în timp util cu familia ori cu reprezentantul legal al acestuia, iar întârzierea ar conduce inevitabil la decesul pacientului.
4. Situaţia descrisă la alin. (2) va fi consemnată de medicul şef de secţie şi de medicul curant al pacientului, în formularul prevăzut în anexa nr. 12.

Prin excepţie, în cazul minorilor sau persoanelor lipsite de capacitate de exerciţiu, consimţământul va fi dat de părinţi sau de celelalte persoane care au calitatea de ocrotitor legal al acestora, dupa caz, conform modelului prevăzut în anexa nr.13

1. Finanţarea activităţii de transplant

Costul investigaţiilor, spitalizării, intervenţiilor chirurgicale, medicamentelor, materialelor sanitare, al îngrijirilor postoperatorii, precum şi cheltuielile legate de coordonarea de transplant se pot deconta după cum urmează:

1. din bugetul Fondului naţional unic de asigurări de sănătate, pentru pacienţii incluşi în Programul naţional de transplant;
2. de la bugetul de stat, pentru pacienţii incluşi în Programul naţional de transplant;
3. prin contribuţia personală a pacientului sau, pentru el, a unui sistem de asigurări voluntare de sănătate;
4. donaţii şi sponsorizări de la persoane fizice sau juridice, organizaţii neguvernamentale ori alte organisme interesate.
5. Sancţiuni

Organizarea şi efectuarea prelevării şi/sau transplantului de organe, ţesuturi şi/sau celule de origine umană în alte condiţii decât cele prevăzute de prezentul titlu, constituie infracţiune şi se pedepseşte conform legii penale.



Prelevarea sau transplantul de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană fără consimţământ dat în condiţiile prezentului titlu constituie infracţiune şi se pedepseşte cu închisoare de la 5 la 7 ani.



Fapta persoanei care a dispus sau a efectuat prelevarea atunci când prin aceasta se compromite o autopsie medico-legală, solicitată în condiţiile legii, constituie infracţiune şi se pedepseşte cu închisoare de la 1 la 3 ani.

2. Constituie infracţiune şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 5 ani fapta persoanei de a dona organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană, în scopul obţinerii de foloase materiale sau de altă natură, pentru sine sau pentru altul.
3. Determinarea cu rea-credinţă sau constrângerea unei persoane să doneze organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană constituie infracţiune şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 10 ani.
4. Publicitatea în folosul unei persoane, în scopul obţinerii de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană, precum şi publicarea sau mediatizarea unor anunţuri privind donarea de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule umane în scopul obţinerii unor avantaje materiale sau de altă natură pentru sine, familie ori terţe persoane fizice sau juridice constituie infracţiune şi se pedepseşte cu închisoare de la 2 la 7 ani.
6. Organizarea şi/sau efectuarea prelevării şi/sau transplantului de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană, în scopul obţinerii unui profit material pentru donator constituie infracţiunea de trafic de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 10 ani.
7. Cu aceeaşi pedeapsă se sancţionează şi cumpărarea de organe, ţesuturi şi/sau celule de origine umană, în scopul revânzării, în vederea obţinerii unui profit.
8. Tentativa se pedepseşte.

Introducerea sau scoaterea din ţară de organe, ţesuturi, celule de origine umană fără autorizaţia specială emisă de Agenţia Naţională de Transplant constituie infracţiune şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 10 ani.

1. Dispoziţii tranzitorii şi finale
3. Prelevarea şi transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană se efectuează de către medici de specialitate, în unităţi sanitare publice sau private acreditate de către Agenţia Naţională de Transplant şi aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii..
4. Acreditarea in domeniul transplantului a unitatilor sanitare publice sau private are valabilitate de 5 ani. Orice modificare a criteriilor initiale de acreditare intervenita in cadrul unitatilor acreditate se notifica Agentiei Nationale de Transplant in vederea reacreditarii.
5. Criteriile de acreditare a unităţilor sanitare prevăzute la alin. (1) sunt stabilite de Agenţia Naţională de Transplant, prin normele metodologice de aplicare a prezentului titlu aprobate prin ordin al ministrului sanatatii, în conformitate cu legislaţia europeană în domeniu.
6. Structura de control în sănătate publică a Ministerului Sănătăţii poate suspenda sau revoca acreditarea in cazul in care in urma inspectiilor efectuate impreuna cu Agentia Nationala de Transplant constată că unitatea sanitară respectiva nu respectă prevederile legale în vigoare. Inspecţiile vor fi efectuate periodic, iar intervalul dintre două inspecţii nu trebuie să depăşească 2 ani, conform legislaţiei în vigoare.
7. Unităţile sanitare acreditate stabilesc un sistem de identificare a fiecărui act de donare, prin intermediul unui cod unic, precum şi fiecărui produs asociat cu el. Pentru organe, ţesuturi şi celule este necesară etichetarea codificată care să permită stabilirea unei legături de la donator la primitor şi invers. Informaţiile vor fi păstrate cel puţin 30 de ani pe suport de hârtie sau pe suport electronic.
8. Unităţile sanitare acreditate pentru activitatea de procesare şi/sau utilizare de ţesuturi şi/sau celule vor păstra o înregistrare a activităţii lor, incluzând tipurile şi cantităţile de ţesuturi şi/sau celule procurate, testate, conservate, depozitate, distribuite sau casate, precum şi originea şi destinaţia acestor ţesuturi şi/sau celule pentru utilizare umană. Ele vor trimite anual un raport de activitate Agenţiei Naţionale de Transplant; aceleaşi prevederi se aplică şi la transplantul de organe.
9. Agenţia Naţională de Transplant gestionează registrele naţionale , prin care se asigură monitorizarea continuă a activităţii de transplant, al activităţilor centrelor de prelevare şi al centrelor de transplant, inclusiv numărul total al donatorilor vii şi decedaţi, tipurile şi numărul de organe prelevate şi transplantate sau distruse, în conformitate cu dispoziţiile naţionale privind protecţia datelor cu caracter personal şi confidenţialitatea datelor statistice
10. Agenţia Naţională de Transplant va institui şi va menţine o evidenţă actualizată a centrelor de prelevare şi a centrelor de transplant şi va furniza informaţii la cerere în acest sens.
11. Agenţia Naţională de Transplant va raporta Comisiei Europene la fiecare trei ani, cu privire la activităţile întreprinse în legătură cu dispoziţiile Directivei 2010/53/EC a Parlamentului European şi a Consiliului din 7 iulie 2010 privind standardele de calitate şi siguranţă referitoare la organele umane destinate transplantului, precum şi cu privire la experienţa dobândită în urma punerii sale în aplicare.

Unităţile sanitare acreditate pentru activitatea de transplant tisular şi/sau celular vor trebui să desemneze o persoană responsabilă pentru asigurarea calităţii ţesuturilor şi/sau celulelor procesate şi/sau utilizate în conformitate cu legislaţia europeană şi cea română în domeniu. Standardul de instruire profesională a acestei persoane va fi stabilit prin norme.



Normele metodologice de aplicare a prezentului titlu vor fi elaborate în termen de 90 de zile de la publicarea legii şi vor fi aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.



Anexele nr. 1 - 13 fac parte integrantă din prezentul titlu.



La data intrării în vigoare a prezentului titlu orice alte dispozitii contrare se abroga.

# SISTEMUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE

1. Definiţii generale privind sistemul de asigurări de sănătate

În înţelesul prezentei legi, termenii şi noţiunile folosite au următoarele semnificaţii:

1. riscul de boală - este nivelul consumului de resurse financiare generate de îmbolnăvire, al unei populații asigurate la un asigurator, estimat pe baza impactului determinanților sănătății. Acesta este utilizat pentru calculul alocării fondului asigurărilor pentru fiecare asigurator;
2. riscul funcțional/vital - este nivelul consecințelor funcționale și/sau vitale generate de contractarea unei boli acute sau cronice;
3. riscul financiar generat de boală - este nivelul consecințelor financiare generat de contractarea unei boli acute sau cronice;
4. serviciile de sănătate sunt reprezentate de serviciile medicale preventive, curative şi de recuperare, îngrijirile medicale la domiciliu, medicamentele, dispozitivele medicale şi alte tipuri de servicii, furnizate de către persoanele fizice şi juridice autorizate sau acreditate, in conditiile legii;
5. pachetul minimal de servicii de sănătate, denumit in continuare PMSS, se acordă cetăţenilor români precum şi cetăţenilor străini şi apatrizi care au drept de lungă şedere sau au domiciliu în România şi cuprinde servicii de sănătate finanţate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătăţii, inclusiv pentru urgenţele medico chirurgicale, în conformitate cu prevederile acordului cadru.
6. pachetul de servicii de sănătate de bază, denumit în continuare PSSB se acordă persoanelor asigurate şi cuprinde serviciile de sănătate, profilactice şi curative, de îngrijire a sănătăţii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi alte servicii la care au dreptul asiguraţii şi se suportă din fond, în condiţiile prevăzute de acordul-cadru;
7. pachetul social de servicii de sănătate, denumit în continuare PSSS, se acordă asiguraţilor cu venituri mici şi persoanelor asistate social, împreună cu PSSB, pentru servicii de sănătate esenţiale, decontate de la bugetul de stat,în condiţiile prevăzute de acordul-cadru;
8. pachetul special denumit în continuare PS - se acordă asiguraţilor pentru acoperirea cheltuielilor pentru bolile cu prevalenţă scazută şi costuri ridicate, pe baza studiilor de impact realizate de ANMCS;
9. pachetul de servicii de sănătate facultative denumit în continuare PSSF se acordă asiguraţilor care încheie un contract de asigurare facultativă pentru servicii de sănătate suplimentare şi complementare PSSB;
10. furnizorii – persoane fizice sau juridice autorizate de către Ministerul Sănătăţii pentru a furniza servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi alte servicii de sănătate în condiţiile legii;

Categoriile de furnizori de servicii de sănătate autorizaţi, care pot fi în relaţii contractuale cu asiguratorii de sănătate, sunt următoarele:

1. unităţi medicale publice şi private acreditate de către Agenţia Naţională pentru Calitate şi Informaţie în Sănătate denumita în continuare ANMCS;
2. farmacii, distribuitori şi producători de medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale;
3. alte persoane fizice şi juridice care furnizează servicii de sănătate în condiţiile legii, precum medici de familie, centre de permanenţă, grupuri multidisciplinare de practică, furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu.
4. asiguratori de sănătate, persoane juridice române autonome, de drept public sau privat, constituite ca societăţi de asigurari, societăţi mutuale, autorizate în condiţiile legii să exercite activităţi specifice de asigurări de sănătate pe teritoriul României. Aceştia pot fi, inclusiv, filiale ale unei societăţi de asigurare sau ale unei societăţi mutuale care au primit o autorizaţie de la autoritatea competentă a statului de origine, care au obtinut autorizarea in Romania in conditiile prezentei legi si satisfac conditiile de eligibilitate pentru a intra in contract cu Agentia Nationala de Asigurari de Sanatate;
5. societati mutuale de asigurări - persoane juridice civile de drept privat, fără scop patrimonial, gestionate de către membrii aderenţi, având drept obiectiv protejarea acesora faţă de riscul de boala şi de consecinţele financiare ale acesteia;
6. asiguraţi – cetăţenii români, precum şi cetăţenii străini şi apatrizii care au drept de lungă şedere sau au domiciliul în România, care plătesc contribuţia la Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate sau pentru care plata se face din alte surse;
7. coasiguraţii - soţul, soţia sau părinţii fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate;
8. autorizarea – reprezintă procesul şi decizia în urma căreia Ministerul Sănătăţii emite un certificat care permite furnizorului de servicii de sănătate să-şi exercite activitatea de specialitate în România, conform legislaţiei în vigoare;
9. acreditarea reprezinta procesul de evaluare externa prin care se analizeaza conformitatea fata de standarde specifice.
10. evaluarea este procedura externă prin care asiguratorul verifică îndeplinirea de către furnizor a condiţiilor stabilite în acordul cadru pentru contractarea şi furnizarea serviciilor de sănătate;
11. acordul - cadru – reprezintă modul de reglementare a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate şi se aprobă prin hotărâre de guvern;
12. contractantul asigurării este persoana fizică sau juridică ce încheie un contract de asigurare de sănătate cu un asigurator de sănătate public sau privat, în numele, cu acordul şi în beneficiul asiguratului. Contractantul asigurării poate fi identic cu asiguratul în cazul persoanelor fizice;
13. asigurarea obligatorie de sănătate – asigurare încheiată între un asigurator de sănătate şi contractantul asigurării, pentru acordarea serviciilor din PSSB persoanei beneficiare;
14. asigurare facultativă de sănătate – asigurare de sănătate încheiată de către un asigurator cu contractantul asigurării pentru acordarea serviciilor din PSSF persoanei beneficiare;
15. contul de economii de sănătate – instrument financiar creat de către angajator în folosul angajatului pe care angajatul îl poate folosi numai pentru plata de servicii de sănătate inclusiv indemnizația pentru primele 5 zile de concediu medical și care este transferabil către angajat în cazul încetării contractului de muncă pe cale amiabilă, în caz de concediere sau pensionare.
16. coplata - reprezintă plata a unei contribuţii a asiguratului pentru a putea beneficia de serviciile de sănătate din pachetul de servicii de sănătate de bază din cadrul sistemului naţional de asigurări obligatorii de sănătate, încasată suplimentar de către furnizor faţă de suma decontată din fond. Coplata poate fi acoperită printr-o asigurare facultativă;
17. tariful de referinţă - tariful rezultat în urma negocierilor cu reprentanţii asiguratorilor, utilizat în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate pentru plata unor servicii de sănătate, aprobat prin ordin comun al ministrului sănătăţii si al preşedintelui ANRAOS ;
18. preţul de referinţă - preţul utilizat în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate pentru plata unor servicii de sănătate, potrivit politicii de preţuri a Ministerului Sănătăţii;
19. preţul de decontare - preţul suportat din Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale care se acordă bolnavilor. Lista acestora şi preţul de decontare se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui ANRAOS
20. dispozitiv medical - orice instrument, aparat, echipament, software, material sau alt articol, utilizate separat sau în combinaţie, inclusiv software-ul destinat de către producătorul acestuia a fi utilizat în mod specific pentru diagnosticare şi/sau în scop terapeutic şi necesar funcţionării corespunzătoare a dispozitivului medical, destinat de către producător a fi folosit pentru om în scop de:
    * 1. diagnosticare, prevenire, monitorizare, tratament sau ameliorare a unei afecţiuni;
      2. diagnosticare, monitorizare, tratament, ameliorare sau compensare a unei leziuni sau a unui handicap;
      3. investigare, înlocuire sau modificare a anatomiei sau a unui proces fiziologic;
      4. control al concepţiei,

şi care nu îşi îndeplineşte acţiunea principală pentru care a fost destinat în organismul uman sau asupra acestuia prin mijloace farmacologice, imunologice sau metabolice, dar a cărui funcţionare poate fi asistată prin astfel de mijloace;

1. Accesoriu - un articol care, deşi nu este un dispozitiv, este destinat în mod special de către producător să fie utilizat împreună cu un dispozitiv, pentru a permite utilizarea acestuia în conformitate cu scopul propus dat de producător respectivului dispozitiv;

.



Definiţiile care pot exista în alte legi şi care sunt diferite de cele prevăzute la Art. 1 nu se aplică în cazul prezentei legi.

1. Sistemul de asigurări obligatorii de sănătate
2. Dispoziţii generale

Asigurările obligatorii de sănătate reprezintă mecanismul principal de finanţare a serviciilor de sănătate prin care se asigură accesul asiguraţilor la diferite tipuri de pachete de servicii, decontate din Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate, denumit in continuare FOND.



Obiectivele sistemului de asigurări obligatorii de sănătate sunt:

1. protejarea asiguraţilor faţă de riscul de îmbolnăvire şi accidentare şi de efortul financiar indus de acestea;
2. asigurarea protecţiei universale, echitabile şi nediscriminatorii a asiguraţilor.

Principiile sistemului de asigurări obligatorii de sănătate sunt:

1. solidaritate şi subsidiaritate în constituirea şi utilizarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate;
2. alegerea liberă şi informată de către asiguraţi atât a asiguratorului, cât şi a furnizorilor de servicii de sănătate autorizaţiasigurator;
3. libera concurenţă atât între asiguratorii de sănătate, cât şi între furnizorii de servicii de sănătate care încheie contracte cu aceştia, în condiţiile legii;
4. autonomie în conducerea şi în administrarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate;
5. participarea bugetului de stat la plata contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate pentru categoriile protejate prin legi speciale;
6. transparenţa activităţii şi finanţării sistemului de asigurări obligatorii de sănătate;
7. obligativitatea plăţii, directe sau indirecte a contribuţiei la Fond pentru toţi cetăţenii;
8. promovarea evaluării tehnologiilor medicale şi a medicinei bazate pe dovezi ştiinţifice, în scopul asigurării unei utilizări cost-eficace a Fondului.

Pot funcţiona şi forme facultative de asigurare a sănătăţii, alături de asigurările obligatorii. Participarea la o asigurare facultativă de sănătate este condiţionată de existenţa prealabilă a asigurării obligatorii de sănătate.



Structura sistemului de asigurări obligatorii de sănătate cuprinde: Ministerul Sănătăţii, Agenţia Naţională de Administrare Fiscală, denumită în continuare ANAF, Agenţia Naţională de Asigurări de Sănătate, denumita în continuare ANRAOS, Agenţia Naţionala de Management al Calităţii în Sănătate, denumită în continuare ANMCS, Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, denumită in continuare CSA, asiguratorii de sănătate în contract cu ANRAOS, furnizori şi asiguraţi, conform legii.

1. Acordul Cadru
3. Acordul-cadru se elaborează de către Ministerului Sănătăţii, în colaborare cu Agenţia Naţională de Asigurări de Sănătate, după negociere cu reprezentantii asiguratorilor si cu cei ai furnizorilor de servicii de sănătate, o dată la trei ani şi reglementează, în principal:
4. modalităţile de acordare a serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale pentru PSSB;
5. condiţiile de negociere şi contractare între ANRAOS şi asiguratori;
6. condiţiile de negociere, contractare şi decontare între asiguratori şi furnizori;
7. condiţiile de negociere şi contractare între şi asiguratorii şi asiguraţi;
8. modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare a medicamentelor;
9. criteriile de definire a pachetului de servicii de sănătate de bază;
10. criteriile de definire a pachetului minim de servicii de sănătate.
11. În aplicarea acordului - cadru se elaborează norme metodologice, aprobate prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui ANRAOS, după negocierea cu reprezentanții asiguraților, asiguratorilor şi ai furnizorilor de servicii de sănătate.

Modalităţile de plată a furnizorilor de servicii de sănătate, care se detaliază prin acordul-cadru şi normele de aplicare ale acestuia, pot fi:

1. tarif pe persoană asigurată;
2. tarif pe serviciu medical;
3. tarif pe caz rezolvat;
4. tarif pe zi de spitalizare;
5. preţ de referinţă;
6. preţ de decontare;
7. buget global;
8. tarif pe episod de boală;
9. sumă de închiriere;
10. bonusuri;
11. alte forme prevăzute de reglementările în vigoare.

Pachetul de servicii de sănătate de bază acordate cuprinde următoarele tipuri de servicii:

1. servicii de sănătate de consultaţie şi diagnostic, inclusiv cele de telemedicina;
2. servicii de sănătate curative;
3. servicii de recuperare medicală;
4. servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
5. servicii paleative;
6. medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi alte mijloace terapeutice.

Persoanele care prin faptele lor aduc prejudicii sau daune sănătăţii altei persoane răspund potrivit legii şi sunt obligate să suporte cheltuielile efective ocazionate de asistenţa medicală acordată.



Acordul - cadru conţine reglementări privind serviciile de sănătate acordate asiguraţilor români pe teritoriul altor state membre UE sau a altor state cu care România a încheiat acorduri şi/sau documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

2. Următoarele servicii de sănătate nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unităţile care le solicită, după caz:
3. asistenţă medicală la locul de muncă, asistenţă medicală a sportivilor;
4. unele servicii medicale de înaltă performanţă, în corformitate cu prevederile acordului cadru;
5. unele servicii de asistenţă stomatologică, în corformitate cu prevederile acordului cadru;
6. serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
7. corecţiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;
8. unele medicamente, materiale sanitare şi tipuri de transport, în corformitate cu prevederile acordului cadru;
9. eliberarea actelor medicale solicitate de autorităţile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraţilor;
10. fertilizarea in vitro;
11. transplantul de organe şi ţesuturi, cu excepţia cazurilor prevăzute în acordul cadru;
12. asistenţa medicală la cerere;
13. contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului şi auzului , în corformitate cu prevederile acordului cadru;
14. contribuţia personală din preţul medicamentelor, a unor servicii medicale şi a dispozitivelor medicale, în corformitate cu prevederile acordului cadru;
15. serviciile medicale solicitate de asigurat cu excepţia prezentării la medicul de familie;
16. unele proceduri de recuperare şi de fizioterapie, în conformitate cu prevederile acordului cadru;
17. serviciile acordate în cadrul secţiilor/clinicilor de boli profesionale şi al cabinetelor de medicină a muncii;
18. Serviciile de sănătate acordate unei persoane care a suferit vătămări corporale în urma unui accident de circulaţie nu sunt decontate din fond.
19. Cheltuielile efective ocazionate de asistenţa medicală acordată pentru serviciile de la alin.(2) se suportă din asigurarea de răspundere civilă auto a făptaşului, prin asiguratorul din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate.
20. Pentru serviciile de la alin.(1) pot exista forme facultative de asigurări suplimentare de sănătate.

Lista cu medicamentele de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală se elaborează de către Ministerul Sănătăţii şi ANRAOS, cu consultarea Colegiului Farmaciştilor din România si a asiguratorilor înregistraţi la ANRAOS, şi se aprobă prin hotărâre a guvernului.



Elaborarea listei de medicamente se realizează pe baza analizei studiilor de evaluare a tehnologiilor medicale, efectuată de către ANMCS.



În listă se pot include numai medicamente prevăzute în Nomenclatorul cuprinzând medicamentele autorizate pentru punere pe piaţă în România.

1. Constituirea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate

Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate este un fond special care se constituie şi se utilizează potrivit prezentei legi, fiind gestionat în mod autonom şi transparent de către ANRAOS.



Constituirea fondului se face din contribuţia pentru asigurări obligatorii de sănătate, denumită în continuare contribuţie, suportată după caz, de către asiguraţi în mod direct sau prin angajator, respectiv de persoanele fizice şi juridice care angajează personal salariat, din subvenţii si transferuri de la bugetul de stat pentru persoanele scutite conform unor legi speciale, precum şi din alte surse – donaţii, sponsorizări, dobânzi şi alte venituri, potrivit legii.



Cotele procentuale de contribuţie sunt:

1. 5,5 pentru asigurat;
2. 5,2 pentru angajator, valoarea acestei contribuţii nu poate fi mai mică decât 5,2% aplicată la un salariu de mediu brut pe ţară, lunar, pentru fiecare angajat;
3. 5,5 pentru asiguraţii cu plata contribuţiei din alte surse; valoarea acestei contribuţii nu poate fi mai mică decât 5,5% aplicată la un salariu de bază minim brut pe ţară, lunar.

Contribuţia lunară a persoanei asigurate se stabileşte sub forma unei cote procentuale, care se aplică asupra:

1. veniturilor din salarii sau asimilate salariilor, precum şi orice alte venituri realizate din desfăşurarea unei activităţi dependente;
2. veniturilor impozabile realizate de persoane care desfăşoară activităţi independente care se supun impozitului pe venit;
3. veniturilor din agricultură supuse impozitului pe venit şi veniturilor din silvicultură, pentru persoanele fizice care nu au calitatea de angajator şi nu se încadrează la lit. b);
4. indemnizaţiilor de şomaj.;
5. pensiilor care depăşesc suma de 740 de lei;
6. veniturilor din cedarea folosinţei bunurilor, veniturilor din dividende şi dobânzi, veniturilor din drepturi de proprietate intelectuală realizate în mod individual şi/sau într-o formă de asociere şi altor venituri care se supun impozitului pe venit, numai în cazul în care nu realizează venituri de natura celor prevăzute la lit. a) - e),.
7. În cazul persoanelor care realizează venituri de natura celor prevăzute la lit. a)-f) al căror valoare se situează sub nivelul salariului de bază minim brut pe ţară, contribuţia datorată nu poate fi mai mică decât cota procentuală aplicată la un salariu de bază minim brut pe ţară, lunar.

Constituirea fondului se face din contribuţia pentru asigurări obligatorii de sănătate, denumită în continuare contribuţie, suportată după caz, de către asiguraţi în mod direct sau prin angajator, respectiv de persoanele fizice şi juridice care angajează personal salariat, din subvenţii si transferuri de la bugetul de stat pentru persoanele scutite conform unor legi speciale, precum şi din alte surse – donaţii, sponsorizări, dobânzi şi alte venituri, potrivit legii.

Cotele procentuale de contribuţie sunt:

1. 5,5 pentru asigurat; cota procentuală de contribuție crește anual cu un punct procentual, timp de 5(cinci) ani.
2. 5,5 pentru asiguraţii cu plata contribuţiei din alte surse; valoarea acestei contribuţii nu poate fi mai mică decât 5,5% aplicată la un salariu de bază minim brut pe ţară, lunar.
3. 2% din fondul de salarii se virează de către angajator în contul de economii de sănătate constit în numele fiecărui angajat sau pentru plata poliței unei asigurări facultative de sănătate.
4. Cota procentuală de contribuție

Contribuţia lunară a persoanei asigurate se stabileşte sub forma unei cote procentuale, care se aplică asupra:

1. veniturilor din salarii sau asimilate salariilor, precum şi orice alte venituri realizate din desfăşurarea unei activităţi dependente;
2. veniturilor impozabile realizate de persoane care desfăşoară activităţi independente care se supun impozitului pe venit;
3. veniturilor din agricultură supuse impozitului pe venit şi veniturilor din silvicultură, pentru persoanele fizice care nu au calitatea de angajator şi nu se încadrează la lit. b);
4. indemnizaţiilor de şomaj.;
5. pensiilor care depăşesc suma de 740 de lei;
6. veniturilor din cedarea folosinţei bunurilor, veniturilor din dividende şi dobânzi, veniturilor din drepturi de proprietate intelectuală realizate în mod individual şi/sau într-o formă de asociere şi altor venituri care se supun impozitului pe venit.
7. În cazul persoanelor care realizează venituri de natura celor prevăzute la lit. a)-f) al căror valoare se situează sub nivelul salariului de bază minim brut pe ţară, contribuţia datorată nu poate fi mai mică decât cota procentuală aplicată la un salariu de bază minim brut pe ţară, lunar.

Contribuţia lunară a categoriilor de persoane asigurate, pentru care plata se face din alte surse, se suportă astfel:

1. pentru coasiguraţi, respectiv soţul, soţia sau părinţii fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate, aşa cum sunt definiţi în Legea nr.571/2006 cu modificările şi completările ulterioare:
   * 1. În situaţia în care venitul impozabil al persoanei asigurate depăşeşte venitul mediu anual din legea bugetului de stat a României, persoana asigurată va plăti contribuţia de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar, pentru fiecare persoană coasigurată.
     2. În situaţia în care venitul impozabil al persoanei asigurate este sub cel menţionat la lit. i., contribuţia de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar, se plăteşte din bugetul de stat;
2. Pentru persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse, cu excepţia celor obţinute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările şi completările ulterioare, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
3. pentru persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum şi celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanţa Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările şi completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoaşterea şi acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcţiei Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoştinţei faţă de eroii-martiri şi luptătorii care au contribuit la victoria Revoluţiei române din decembrie 1989, precum şi faţă de persoanele care şi-au jertfit viaţa sau au avut de suferit în urma revoltei muncitoreşti anticomuniste de la Braşov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile băneşti acordate de aceste legi, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
4. pentru persoanele care se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
5. pentru persoanele care se află în concediu şi indemnizaţie pentru creşterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani şi în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu şi indemnizaţie pentru creşterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 şi 7 ani, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
6. pentru persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum şi cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au alte venituri, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
7. pentru persoanele care beneficiază de indemnizaţie de şomaj, bugetul asigurărilor de şomaj are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
8. pentru străinii aflaţi în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum şi cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identităţii şi sunt cazaţi în centrele special amenajate potrivit legii, bugetul de stat are are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
9. pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, cu modificările şi completările ulterioare, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
10. pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate, în cota corespunzătoare pentru asigurat;
11. pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mari de 740 lei, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate, în cota corespunzătoare pentru asigurat, aferentă sumei de 740 lei;
12. pentru persoanele cetăţeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni, dacă nu au venituri, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
13. pentru personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidenţa Secretariatului de Stat pentru Culte, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;
14. pentru persoanele care nu realizează venituri impozabile, pentru persoanele care beneficiaza de venitul minim garantat şi pentru persoanele care sunt asistate social, bugetul administraţiei publice locale are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe ţară, lunar;

Pentru afecţiunile cu prevalenţă scăzută, risc vital şi costuri foarte mari, definite pe baza studiilor epidemiologice şi de economie sanitară, realizate de către ANMCS, se pot constitui fonduri dedicate, printr-o contribuţie suplimentară şi/sau prin susţinerea de la bugetul de stat a unei părţi din necesarul cheltuielilor. Fondul dedicat devine activ după o perioada de cotizare, moment în care serviciile pentru boala/bolile respective nu vor mai face parte din PSSB, constituindu-se un pachet special de servicii de sănătate, numit în continuare PS.

Colectarea contribuţiilor se face de către Ministerul Finanţelor Publice, prin intermediul ANAF, într-un cont distinct deschis pe seama ANRAOS, în condiţiile legii.



Ministerul Finanţelor Publice transmite lunar ANRAOS şi publică pe website-ul propriu informaţiile cu privire la contul curent şi despre:

1. soldul final al fiecărei luni;
2. toate rulajele si tranzacţiile care au avut loc în contul curent în luna respectivă.

ANAF virează lunar în contul ANRAOS sumele colectate, nu mai puţin decât sumele rezultate din trimestrializarea bugetului de venituri şi cheltuieli, aprobat prin lege.



Ministerul Finanţelor Publice nu percepe nici un cost cu privire la gestionarea contului curent al ANRAOS şi stabileşte de comun acord cu ANRAOS regulile cu privire la dobânda ce trebuie plătită, respectiv primită, pentru soldurile contului curent.



Ministerul Finanţelor Publice nu este implicat în gestionarea şi utilizarea fondului.



Bugetul de venituri şi cheltuieli al fondului este aprobat de Parlament prin lege specială, distinctă de legea bugetului de stat, iniţiată de Ministerul Sănătăţii, la propunerea ANRAOS.



În situaţii excepţionale, pentru acoperirea deficitului bugetului Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate, după epuizarea fondului de rezervă, Parlamentul poate aproba prin lege completarea veniturilor bugetului fondului cu sume care se alocă de la bugetul de stat.



Contribuţia pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări obligatorii de sănătate, destinată exclusiv finanţării cheltuielilor cu plata acestor drepturi, de 0,85%, precum şi plata concediilor şi indemnizaţiilor se administrează de către bugetul ANRAOS, în condiţiile legii, metodologia stabilindu-se prin hotărâre de guvern.

1. Utilizarea şi administrarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate

Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate este gestionat si se repartizează de către ANRAOS asiguratorilor de sănătate.



Sumele colectate în contul Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate se utilizează astfel:

1. o cotă calculată în funcţie de riscul de boală se distribuie asiguratorilor de sănătate, conform contractelor încheiate cu ANRAOS, pentru plata serviciilor de sănătate, în condiţiile stabilite prin acordul-cadru, inclusiv a celor acordate în baza acordurilor internaţionale în domeniul sănătăţii la care România este parte. Formula de repartizare a acestei cote este stabilită prin acordul-cadru, pe baza riscului de boală al populaţiei înscrise la un asigurator, estimat în funcţie de factorii determinanţi ai stării de sănătate (mediul de rezidenţă, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) şi profilul de morbiditate al asiguraţilor.
2. o cotă de 1% se distribuie pentru cheltuielile de administrare, funcţionare şi de capital ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
3. o cotă de 6% rămâne în contul ANRAOS, pentru echilibrarea ulterioară a riscurilor între asiguratori de sănătate,cu care ANRAOS este în relaţii contractuale. Criteriile de alocare a cotei pentru echilibrarea ulterioară sunt stabilite prin acordul cadru.
4. sumele colectate rămase nedistribuite conform alin. a)-c) se utilizează pentru constituirea fondului de rezervă.

Sumele rămase neutilizate la nivelul ANRAOS la sfârşitul fiecărui an se reportează în anul următor cu aceeaşi destinaţie.

2. Fondul de rezervă rămas neutilizat la finele anului se reportează în anul următor cu aceeaşi destinaţie.
3. Utilizarea fondului de rezervă se stabileşte prin hotărâri ale guvernului.
5. Disponibilităţile temporare ale fondului, precum şi disponibilităţile fondului de rezervă se păstrează la trezoreria statului şi sunt purtătoare de dobândă.
6. Din disponibilităţile fondului de rezervă pot fi constituite depozite la termen la trezoreria statului, în condiţiile stabilite prin convenţie încheiată între ANRAOS şi Ministerul Finanţelor Publice.
7. Rolul şi atribuţiile instituţiilor centrale

Ministerul Sănătăţii are rolul de organism de reglementare al sistemului de asigurări de sănătate, în aplicarea politicilor naţionale de sănătate.



ANAF are rolul de a colecta şi transfera catre ANRAOS contribuţiile pentru constituirea Fondului, şi de a transmite evidenţa nominală a asiguraţilor.



Agenţia Naţională de Reglementare în Asigurări Obligatorii de Sănătate denumită în continuare ANRAOS, instituţie publică autonomă de interes naţional, cu personalitate juridică, este organ de specialitate al administraţiei publice centrale, şi are sediul în municipiul Bucureşti, Calea Călăraşilor, nr. 248, sectorul 3. ANRAOS distribuie, supraveghează şi controlează sistemul de asigurări obligatorii de sănătate în vederea aplicării politicilor şi programelor guvernului în domeniul sănătăţii.



ANRAOS poate organiza oficii teritoriale pentru realizarea atribuţiilor prevăzute de prezenta lege. Condiţiile pentru înfiinţarea şi organizarea acestor oficii se aprobă prin ordin al preşedintelui ANRAOS.



Pentru proiectele de acte normative elaborate de ministere şi de celelalte organe de specialitate ale administraţiei publice centrale care au incidenţă asupra Fondului naţional unic de asigurări obligatorii de sănătate, este obligatorie obţinerea prealabilă a avizului favorabil al Ministerului Sănătăţii şi al ANRAOS.



Agenţia Naţională de Asigurări de Sănătate are următoarele atribuţii principale:

1. contribuie la elaborarea politicilor legate de asigurările obligatorii de sănătate în concordanţă cu politicile generale şi specifice în domeniul sănătăţii elaborate de către Ministerul Sănătăţii;
2. monitorizează şi controlează activitatea asiguratorilor din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, inclusiv prin verificări încrucişate la nivelul furnizorilor de servicii de sănătate;
3. elaborează şi actualizează Registrul unic de evidenţă a asiguraţilor;
4. elaborează şi actualizează Registrul de evidenţă a asiguratorilor eligibili cu care intră în relaţii contractuale, informând cetăţenii în legătură cu aceştia;
5. asigură informarea şi îndrumarea metodologică a asiguratorilor de sănătate;
6. administrează şi gestionează Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate;
7. asigură organizarea, gestionarea şi dezvoltarea sistemului informatic şi informaţional unic integrat din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate;
8. iniţiază, negociază şi încheie cu instituţii similare acorduri şi documente de cooperare internaţională în domeniul său de activitate;
9. îndeplineşte funcţia de organism de legătură, care asigură comunicarea cu organismele similare din statele care au încheiat cu România documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;
10. elaborează şi prezintă Guvernului un raport anual al activităţii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, precum şi alte rapoarte la solicitarea acestuia;
11. negociază şi contractează cu instituţii abilitate de lege colectarea şi prelucrarea datelor privind unele servicii de sănătate furnizate asiguraţilor, inclusiv decontarea pe caz rezolvat DRG, în vederea contractării şi decontării acestora de către asiguratorii de sănătate;
12. încheie contracte cu asiguratorii care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate stabilite prin prezenta lege;
13. poate realiza venituri din exploatarea patrimoniului propriu, precum şi din alte activităţi desfăşurate potrivit domeniului de competenţă;
14. aprobă metodologia şi modalităţile de gestionare şi de distribuire ale cardului naţional şi european de asigurări de sănătate;
15. colaborează cu Ministerul Sănătăţii pentru elaborarea acordului – cadru aprobat prin hotărâre de guvern, precum şi a normele sale de aplicare aprobate prin ordin comun al Ministrului Sănătăţii şi Preşedintelui ANRAOS, în urma negocierii la nivel naţional cu structurile reprezentative ale asiguratorilor, furnizorilor de servicii de sănătate şi asociaţiilor reprezentative ale asiguraţilor, precum şi cu consultarea organizaţiilor patronale şi sindicale reprezentative din domeniul medical;
16. supraveghează prudenţial activitatea din sistemul asigurărilor de sănătate şi propune măsuri necesare pentru a evita apariţia situaţiilor de monopol;
17. colectează date şi informaţii primare necesare pentru aducerea la îndeplinire a atribuţiilor sale legale, cu asigurarea măsurilor de protecţie a datelor care se referă la subiecţi individuali - persoane juridice sau fizice - date obţinute direct sau indirect, din surse administrative sau din alte surse ;
18. monitorizează şi controlează respectarea condiţiilor de încheiere a contractelor între asiguratorii de sănătate şi furnizori;
19. alte atribuţii prevăzute de acte normative în domeniul sănătăţii.

Pentru solicitarea de studii, date şi informări care nu sunt legate de drepturile şi obligaţiile asiguratului sau de modul de derulare a relaţiei contractuale de furnizare de servicii dintre asiguratorii de sănătate şi furnizori, ANRAOS percepe tarife care constituie venituri la fond. Modalitatea de acordare a datelor şi de calcul a acestor tarife se stabilesc prin ordin al preşedintelui ANRAOS, cu avizul consiliului de administraţie al ANRAOS.

2. ANRAOS este condusă de un preşedinte numit de către Primul Ministru pentru un mandat de 4 ani.
3. Funcţia de preşedinte al ANRAOS este asimilată celei de secretar de stat.

Nomenclatorul de funcţii al aparatului propriu, condiţiile de încadrare pe funcţii, de promovare în grad şi de stimulare, precum şi atribuţiile fiecărei funcţii se stabilesc prin Statutul ANRAOS, cu respectarea reglementărilor privind funcţia publică şi funcţionarii publici şi a reglementărilor privind salarizarea personalului din sectorul bugetar.



Alte structuri de conducere ale ANRAOS:

1. Consiliul de administraţie, alcătuit din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, Ministerului de Finanţe, Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale, ai asociaţiilor de pacienţi, patronate, sindicate, reprezentanţi ai asiguratorilor publici şi privaţi. Preşedintele ANRAOS este şi Preşedintele Consiliului de administraţie; atribuţiile Consiliului de administraţie şi structura de organizare a ANRAOS sunt stabilite pe baza statutului propriu aprobat prin hotărâre a guvernului.
2. Directorul general.

Persoanele care fac parte din structurile de conducere ale ANRAOS trebuie să îndeplinească în mod cumulativ următoarele condiţii:

1. să fie cetăţeni români şi să aibă domiciliul pe teritoriul României;
2. să aibă calitatea de asigurat;
3. să nu aibă cazier judiciar şi fiscal;
4. să fie absolvenţi de studii superioare, cu experienţă de cel puţin 5 ani în domeniul de specialitate relevant funcţiei.

Membrii consiliului de administraţie au obligaţia de a depune o declaraţie de avere şi o declaraţie de interese cu privire la incompatibilităţile prevăzute de lege, în termen de 15 zile de la numirea în Consiliul de administraţie al ANRAOS. Declaraţia de interese va fi actualizată ori de câte ori intervin modificări. Actualizarea se face în termen de 30 de zile de la data modificării respective. Declaraţiile se vor afişa pe portalul de internet (website) propriu al ANRAOS. Modelul declaraţiei de interese se aprobă prin ordin al preşedintelui ANRAOS.



Pe timpul executării mandatului, preşedintele nu poate exercita nici o altă funcţie sau demnitate publică, cu excepţia funcţiilor didactice din învăţământul superior.



Membrii Consiliului de administraţie al ANRAOS, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariaţi ai ANRAOS, cu excepţia preşedintelui. Membrii Consiliului de administraţie al ANRAOS nu pot exercita activităţi la persoane juridice care se află în relaţii contractuale cu ANRAOS sau cu asiguratorii de sănătate.



Constituie conflict de interese deţinerea de către membrii Consiliului de administraţie al ANRAOS de părţi sociale, acţiuni sau interese la furnizori care stabilesc relaţii contractuale cu asiguratorii de sănătate, precum şi la orice asigurator de sănătate. Această dispoziţie se aplică şi în cazul în care astfel de părţi sociale, acţiuni sau interese sunt deţinute de către soţ, soţie, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.



Membrii Consiliului de administraţie al ANRAOS care, fie personal, fie prin soţ, soţie, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administraţie, nu pot participa la dezbaterile consiliului de administraţie şi nici la adoptarea hotărârilor.



Prevederile art.174, art.175, art.177, art.178, art.179 se aplică şi directorului general precum şi tuturor persoanelor cu funcţie de conducere din cadrul ANRAOS.

2. Preşedintele ANRAOS are următoarele atribuţii principale:
3. exercită atribuţiile prevăzute de lege, în calitate de ordonator principal de credite, pentru administrarea şi gestionarea fondului;
4. organizează şi coordonează activitatea de audit şi control al asiguratorilor inclusiv prin verificări încrucişate la nivelul furnizorilor serviciilor de sănătate;
5. numeşte, sancţionează şi eliberează din funcţie personalul ANRAOS în codiţiile legii;
6. reprezintă ANRAOS în relaţiile cu terţii;
7. aprobă normele, regulamentele şi procedurile administrative specifice îndeplinirii atribuţiilor ANRAOS;
8. analizează periodic activitatea ANRAOS şi a asiguratorilor de sănătate, modul de realizare a obiectivelor şi dispune măsuri pentru îmbunătăţirea activităţii acestora, conform actelor normative în materie;
9. alte atribuţii stabilite prin Statutul ANRAOS.
10. În exercitarea atribuţiilor ce îi revin, precum şi pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administraţie, preşedintele ANRAOS emite ordine care produc efecte juridice după ce sunt aduse la cunoştinţă persoanelor interesate. Ordinele cu caracter normativ, emise în aplicarea legilor sau hotărârilor de guvern, se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Consiliul de administraţie al ANRAOS are următoarele atribuţii principale:

1. aprobă planul anual de activitate pentru îndeplinirea prevederilor programului de asigurări obligatorii de sănătate;
2. avizează statutul propriu al ANRAOS, care se aprobă prin hotărâre a guvernului;
3. aprobă propriul regulament de organizare şi funcţionare;
4. aprobă proiectul bugetului fondului şi îl supune aprobării ordonatorului principal de credite, în condiţiile legii;
5. aprobă programul de investiţii;
6. avizează, în condiţiile legii, repartizarea pe asiguratori a bugetului fondului;
7. avizează încheierea de convenţii de cooperare şi finanţare de programe cu organisme internaţionale în domeniu;
8. analizează semestrial stadiul derulării contractelor;
9. avizează rapoartele de gestiune anuale, prezentate de preşedintele ANRAOS, contul de încheiere a exerciţiului bugetar, precum şi raportul anual de activitate;
10. aprobă, în baza raportului Curţii de Conturi, bilanţul contabil şi descărcarea gestiunii anului precedent pentru ANRAOS;
11. avizează organigrama ANRAOS;
12. alte atribuţii acordate prin acte normative în vigoare.

Atribuţiile principale ale directorului general al ANRAOS sunt stabilite prin ordin al preşedintelui ANRAOS, cu aprobarea consiliului de administraţie, în condiţiile legii.

2. Personalul ANRAOS este constituit din funcţionari publici şi personal contractual, în condiţiile legii; şi nu poate exercita activităţi la persoane juridice care se află în relaţii contractuale cu ANRAOS sau cu asiguratorii de sănătate.
3. Constituie conflict de interese deţinerea de către personalul ANRAOS de părţi sociale, acţiuni sau interese atât la furnizori care au relaţii contractuale cu asiguratorii de sănătate, cât şi la orice asigurator de sănătate. Această dispoziţie se aplică şi în cazul în care astfel de părţi sociale, acţiuni sau interese sunt deţinute de către soţ, soţie, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.

Realizarea atribuţiilor care revin ANRAOS, potrivit prezentei legi, este supusă controlului Guvernului şi Curţii de Conturi, potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.

1. Asiguratorii de sănătate în sistemul de asigurări obligatorii obligatorii de sănătate

Asiguratorii de sănătate în sistemul de asigurări obligatorii sunt persoane juridice române, constituite ca societăţi de asigurări şi societăţi mutuale de asigurări de sănătate, autorizate conform legii.



Societăţile mutuale de asigurări de sănătate funcţionează pe baza următoarelor principii:

1. sunt societăţi nonprofit, autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, care au ca obiectiv principal protejarea şi îmbunătăţirea stării de sănătate a membrilor aderenţi
2. pentru realizarea obiectivului principal, societăţile mutuale încheie contracte cu ANRAOS şi contracte pentru furnizarea de servicii de sănătate pentru membrii aderenţi cu furnizori autorizaţi.
3. membrii aderenţi sunt persoane fizice, asiguraţi în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, care işi exprimă în scris adeziunea la statut şi plătesc suma individuală pentru constituirea fondului de rezervă liber vărsat al societăţii mutuale;
4. statutul societăţii mutuale trebuie să prevadă condiţii de adeziune pentru membrii aderenţi care să nu implice discriminări legată de: vârstă, sex, venituri, stare de sănătate, orientare religioasă, politică sau de altă natură
5. membrii onorifici sunt persoane fizice sau juridice care contribuie financiar, prin donaţii, la cheltuielile de administrare ale societăţii mutuale.

Înfiinţarea societăţiilor mutuale de asigurări de sănătate obligatorii de sanatate:

1. Societăţile mutuale de asigurări obligatorii de sănătate cu sediul în România sunt persoane juridice române;
2. În vederea desfăşurării de activităţi fără scop patrimonial, una sau mai multe persoane fizice si/sau persoane juridice, denumite în continuare membri fondatori, pot iniţia constituirea unei societăţi mutuale de asigurări obligatorii de sănătate, cu respectarea dispoziţiilor prezentei legi. Membrii fondatori pot fi şi filiale ale unor societăţi de asigurări din alte state, organizate ca persoane juridice române;
3. Societatile mutuale de asigurări obligatorii de sănătate se constituie prin act constitutiv reprezentat de Statut, încheiat sub forma unui înscris, sub semnătură privată, semnat de toţi membrii fondatori şi însoţit de adeziunile a cel puţin 1 milion de membri aderenţi. Forma autentică a actului constitutiv este obligatorie.
4. Actul constitutiv dobândeşte dată certă prin depunerea la oficiul registrului comerţului.
5. Statutul se va elabora cu respectarea modelului de statut cadru pentru societăţile mutuale de asigurări obligatorii de sănătate, aprobat prin hotărâre a guvernului şi va cuprinde cel puţin:
   * 1. datele de identificare ale membrilor fondatori;
     2. forma, denumirea şi sediul social;
     3. obiectul de activitate al societăţii: protejarea şi îmbunătăţirea stării de sănătate a membrilor aderenţi;
     4. fondul de rezervă liber vărsat minim necesar, cu menţionarea sumei individuale pentru fiecare membru aderent, precum și a numărului minim de membri;
     5. datele de identificare a primilor membri ai consiliului de administraţie, respectiv a primilor membri ai consiliului de supraveghere
     6. clauze privind organele de conducere şi modul lor de constituire, administrarea, funcţionarea şi controlul gestiunii societăţii de către organele statutare.

Pentru obţinerea autorizaţiei din partea Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor din România, asiguratorii organizaţi ca societăţi mutuale din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

1. fondul de rezervă liber vărsat este de minim 10 milioane de lei
2. numărul de membri aderenţi este de minim 1 milion
3. din studiul de fezabilitate prezentat rezultă că asiguratorul va dispune de marja de solvabilitate legală
4. asiguratorul prezintă un program de reasigurare satisfăcător pentru activitatea sa de asigurare de sănătate
5. asiguratorul prezintă calculul riscului de boală pentru membrii aderenţi, în funcţie de factorii determinanţi ai stării de sănătate (mediul de rezidenţă, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) şi profilul de morbiditate al membrilor aderenţi
6. numele asiguratorului nu induce în eroare publicul
7. asiguratorul va desfăşura numai activităţi în legătură cu asigurarea de sănătate pentru membrii aderenţi
8. în cazul filialei unui asigurator străin constituită ca persoană juridică română acesta trebuie să facă dovada că în ţara în care este înregistrat s-a constituit legal şi desfăşoară o activitate similară cu cea pentru care solicită autorizarea în românia.

Pentru încheierea contractului cu ANRAOS, asiguratorii organizaţi ca societăţi mutuale din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiţii de eligibilitate:

1. să fie autorizaţi de CSA
2. numărul judeţelor\* în care membrii aderenţi au domiciliul stabil este de minimum trei
3. numărul membrilor aderenţi din fiecare judeţ reprezintă o cotă de minim 10% din totalul asiguraţilor înregistraţi oficial în judeţul respectiv
4. membrii aderenţi cu domiciliul stabil în mediul rural trebuie să reprezinte cel puţin 40% din numărul total al membrilor aderenţi
5. suma individuală pentru constituirea fondului de rezervă liber vărsat al societăţii mutuale este de maxim 10 lei
6. asiguratorul prezintă copii ale precontractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale prin care poate să asigure pentru toţi membri aderenţi serviciile medicale din pachetul de bază (PSSB)
7. asiguratorul prezintă date cu privire la structura demografică, geografică şi de morbiditate declarată a membrilor aderenţi,
8. asiguratorul prezintă calculul riscului de boală pentru membrii aderenţi, în funcţie de factorii determinanţi ai stării de sănătate (mediul de rezidenţă, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) şi de profilul de morbiditate al membrilor aderenţi, conform prevederilor din acordul cadru
9. asiguratorul are o structura organizatorică conformă cu cerinţele prezentei legi.

\* Municipiul Bucureşti se asimilează unui judeţ



Pentru încheierea contractului cu ANRAOS, societăţile de asigurări trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiţii de eligibilitate de la art.60 lit. a),f), g),h),i), precum şi un număr de minim de 15.000 de asiguraţi care au incheiat contracte de asigurări de sănătate facultative şi care şi-au exprimat în scris opţiunea de a primi de la acelaşi asigurator şi serviciile din PSSB.



Între ANRAOS şi asiguratorii de sănătate pentru asigurările obligatorii eligibili se încheie contracte de tip civil care reglementează condiţiile de alocare a sumelor de către ANRAOS şi condiţiile acordării serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale din pachetul de bază pentru asigurati.



Asiguratorii de sănătate pentru asigurările obligatorii încheie contracte de tip civil, după caz, cu furnizorii de servicii de sănătate. Condiţiile minime privind modalitatea de acordare a serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale din pachetul de bază şi modalitatea de decontare a acestora se stabilesc prin Acordul cadru, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului şi normele metodologice de aplicare a acestuia.



Asiguratorii de sănătate pentru asigurările obligatorii încheie contracte de tip civil, după caz cu asiguraţii sau cu reprezentanţii legali ai acestora privind condiţiile de acordare a pachetului de servicii de sănătate de bază; modelul contractului de asigurare între asiguratorii de sănătate şi asiguraţi sau reprezentanţii legali ai acestora se aprobă prin ordin al preşedintelui ANRAOS.



Drepturile şi obligaţiile asiguratorilor de sănătate pentru asigurările obligatorii sunt următoarele:

1. pentru societăţile mutuale de asigurări să încheie contracte de asigurări obligatorii de sănătate numai cu asiguraţii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România care au semnat adeziunea la statutul societăţii mutuale de asigurări;
2. pentru societăţile de asigurări autorizate să încheie contracte de asigurări obligatorii de sănătate numai cu asiguraţii care şi-au exprimat opţiunea de a încheia pe lângă contractele de asigurare facultativă şi contracte de asigurare obligatorie;
3. să nu rezilieze contractele de asigurări obligatorii de sănătate încheiate cu asiguraţii. Intermedierea incheierii contractelor de asigurari obligatorii de sănătate se poate face prin intermediari autorizaţi de către Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, în conformitate cu normele emise în aplicarea legii 32/2000, cu modificările si completările ulterioare;
4. să informeze asiguraţii, în mod nediscriminatoriu şi corect asupra beneficiilor şi serviciilor acordate în cadrul pachetului de servicii de sănătate de bază oferit, precum şi asupra drepturilor şi obligaţiilor lor;
5. să contracteze pentru asiguraţii proprii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, servicii de sănătate cu furnizorii autorizaţi;
6. să furnizeze gratuit informaţii şi asistenţă în problemele asigurărilor obligatorii de sănătate şi ale serviciilor de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor şi furnizorilor de servicii de sănătate;
7. să monitorizeze numărul, calitatea şi nivelul tarifelor serviciilor de sănătate furnizate;
8. să asigure, în calitate de instituţii competente, activităţile de aplicare a documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate şi a altor prestaţii către cetăţenii UE, în condiţiile respectivelor documente internaţionale;
9. să întreprindă şi să prevadă în contractele cu furnizorii toate măsurile necesare care să asigure un management eficient al pacientului asigurat, pe baza prevederilor acestei legi;
10. alte atribuţii prevăzute de acte normative din domeniul asigurărilor de sănătate şi de reglementări din domeniul sănătăţii.
11. Persoanele asigurate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate

Potrivit prezentei legi, sunt asiguraţi toţi cetăţenii români cu domiciliul în ţară, precum şi cetăţenii străini şi apatrizii care au solicitat şi au obţinut dreptul de lungă şedere sau au domiciliul în România, care au un contract de asigurare obligatorie de sănătate pentru care plata se face direct sau din alte surse, cu excepţia categoriilor de la art.68, în condiţiile prezentei legi.



Dovada calităţii de asigurat se realizează cu cardul naţional de asigurări obligatorii de sănătate sau, după caz, cu alte documente care se stabilesc prin ordin al preşedintelui ANRAOS.



Calitatea de asigurat se pierde după 3 luni de neplată a contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate.



Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare de sănătate fără plata contribuţiei la asigurările obligatorii de sănătate:

1. toţi copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la vârsta de18 ani şi până la 26 de ani numai dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţii de liceu până la începerea anului universitar dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă;
2. tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecţie a copilului şi nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările şi completările ulterioare;.

Persoanele care nu realizează venituri impozabile şi pentru care nu se aplică prevederile Art. 149 lit.n) au dreptul de a se asigura achitând contribuţia lunară datorată de angajat şi contribuţia lunară datorată de angajator aplicate la salariul de bază minim brut pe ţară, iniţial pentru 3 luni şi ulterior lunar.



Persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază de servicii de sănătate şi alte prestaţii acordate pe teritoriul României, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.



Următoarele categorii de persoane pot încheia asigurări voluntare de sănătate pentru pachetul de servicii de sănătate de bază:

1. membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;
2. cetăţenii străini şi apatrizii care se află temporar în ţară, fără a solicita viză de lungă şedere;
3. cetăţenii români cu domiciliul în străinătate care se află temporar în ţară.

Persoanele care se asigură voluntar în condiţiile art.202 sunt obligate, pentru a obţine calitatea de asigurat să achite contribuţia lunară datorată de angajat şi contribuţia lunară datorată de angajator aplicate la salariul de bază minim brut pe ţară, pentru 3 luni.



Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază numai de pachetul minim de servicii de sănătate, stabilit prin acordul cadru şi rambursat de la bugetul de stat.



Instituţiile competente care gestionează informaţiile necesare pentru evidenţa diferitelor categorii de asiguraţi au obligaţia de a comunica aceste date şi de asigura interoperabilitatea aplicaţiilor informatice cu Sistemul Informatic Unic Integrat gestionat de ANRAOS.

1. Organizarea sistemului de asigurări facultative de sănătate
2. Dispoziţii generale

Asigurările facultative de sănătate reprezintă un sistem facultativ prin care un asigurator constituie un fond de asigurare, prin contribuţia unui număr de asiguraţi expuşi la producerea riscului de îmbolnăvire, care nu este acoperit de asigurările obligatorii.



Angajatorii, persoane fizice sau juridice, pot să încheie contracte de asigurare facultativă de sănătate pentru angajaţii lor, individual sau în grup, cu acordul acestora, în scopul atragerii şi stabilizării personalului angajat.



Sumele reprezentând asigurări facultative de sănătate sunt cheltuieli deductibile la calculul impozitului pe salariu, respectiv impozitului pe profit, după caz.



Asigurările facultative de sănătate pot fi oferite, în condiţiile legii, de următoarele categorii de asiguratori:

1. Societăţile de asigurări, autorizate în condiţiile legii.
2. Societăţile mutuale de asigurări, autorizate în condiţiile legii.

Asigurările facultative de sănătate se pot contracta pentru servicii de sănătate de tip complementar şi suplimentar, astfel:

1. Pentru serviciile de sănătate de tip complementar se suportă total sau parţial plata serviciilor acoperite parţial din pachetul de servicii de sănătate de bază şi/sau coplăţile asociate acestora.
2. Pentru serviciile de sănătate de tip suplimentar se suportă total sau parţial plata pentru orice tip de servicii necuprinse în pachetul de servicii de sănătate de bază şi coplăţi, opţiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiţii hoteliere superioare, alte servicii de sănătate specificate în contractul de asigurare facultativă.

Sunt eligibile pentru serviciile oferite de sistemul de asigurări facultative de sănătate orice persoane, cetăţeni români, cetăţeni străini sau apatrizi care au dreptul la pachetul de servicii de sănătate de bază în temeiul asigurărilor obligatorii de sănătate, conform prevederilor legale.

1. Contractul de asigurare facultativă de sănătate

În cadrul asigurărilor facultative de sănătate raporturile dintre asigurat şi asigurator, precum şi drepturile şi obligaţiile acestora se stabilesc prin voinţa părţilor, sub forma pachetelor de servicii şi sunt menţionate în contractul de asigurare facultativă de sănătate.



Contractul de asigurare facultativă de sănătate trebuie să cuprindă, pe lângă elementele obligatorii unui contract, şi următoarele elemente:

1. lista şi nivelul de acoperire ale diferenţelor nedecontate de asigurările obligatorii de sănătate pentru serviciile din PSSB pentru asigurările facultative de sănătate de tip complementar, în conformitate cu tariful de referinţă stabilitprin acordul cadru;
2. lista serviciilor suplimentare asigurate pentru asigurările facultative suplimentare;
3. lista furnizorilor agreaţi;
4. modalitatea de contactare a acestora, direct sau prin intermediul unui departament de asistenţă a asiguraţilor;
5. drepturile şi obligaţiile părţilor,;
6. modalităţile de decontare a serviciilor de sănătate;
7. modalităţile de încetare a valabilităţii contractului;
8. modalităţile de soluţionare a eventualelor litigii.

Asiguratorii sunt obligaţi ca la încheierea contractului de asigurare facultativă de sănătate să ofere asiguratului toate informaţiile necesare privind drepturile şi obligaţiile rezultând din contract, în vederea protejării intereselor asiguraţilor.



Asiguratorul poate solicita, la iniţierea contractului de asigurare, pe cheltuiala proprie şi cu consimţământul pacientului, informaţii privind starea de sănătate a asiguratului, precum şi efectuarea unui examen medical pentru evaluarea stării de sănătate a solicitantului de către un furnizor de servicii de sănătate desemnat de acesta.

2. Informaţiile cuprinse în contractul de asigurare facultativă, precum şi informaţiile privind starea de sănătate a asiguratului au caracter confidenţial şi trebuie să respecte dispoziţiile Legii nr. 46/21 ianuarie 2003 privind drepturile pacienţilor şi ale Legii nr 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata, precum si ale Legii 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal.
3. Aceste date nu pot fi divulgate unor terţi de către asigurătorii care practică asigurări voluntare de sănătate sau de către persoanele fizice/juridice care, prin natura relaţiilor de serviciu, cum ar fi controlor, auditor şi alte asemenea funcţii, intră în posesia informaţiilor în cauză, cu excepţia cazurilor prevăzute de lege.

Prin contract, asiguratorul care practică asigurări facultative de sănătate de tip suplimentar poate restricţiona pentru acest tip de asigurare accesul asiguratului, parţial sau în totalitate, la anumiţi furnizori de servicii şi poate condiţiona utilizarea unor servicii în caz de îmbolnăvire de efectuarea prealabilă a unor controale periodice profilactice sau de utilizarea unor anumiţi furnizori agreaţi.

1. Relaţia furnizorilor de servicii de sănătate cu asiguratorii de asigurări facultative de sănătate

Toţi furnizorii care prestează servicii de sănătate pentru asigurările facultative de sănătate trebuie să fie autorizaţi de Ministerul Sănătăţii, în baza reglementărilor în vigoare. Pentru prestarea serviciilor care intră sub incidenţa asigurărilor de sănătate de tip complementar, furnizorii de servicii de sănătate trebuie să fie în relaţie contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate.



Furnizorii de servicii de sănătate care sunt în relaţie contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, au obligaţia de a accepta diferenţele nedecontate de asigurările obligatorii de sănătate pentru serviciile din PSSB de la asiguratorii autorizaţi de a presta asigurări facultative de sănătate sau, prin excepţie, de la asiguraţi, în conformitate prevederile legale.



Furnizorii de servicii de sănătate care sunt în relaţie contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate au dreptul de a încheia contracte şi cu asiguratorii autorizaţi de a presta asigurări facultative de sănătate.



În cazul în care nu există un contract încheiat între asigurator şi furnizorii de servicii de sănătate, decontarea cheltuielilor se va face pe baza documentelor justificative emise de furnizorul de servicii de sănătate.



Comisia de Supraveghere a Asigurărilor supraveghează activitatea asiguratorilor autorizaţi să practice asigurări facultative de sănătate în conformitate cu prevederile legale.



Asiguratorul de sănătate controlează modul în care furnizorii de servicii de sănătate respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligaţia să permită accesul la evidenţele referitoare la serviciile de sănătate prestate în derularea contractului.



Întreaga responsabilitate a actului medical rămâne în seama furnizorilor de servicii de sănătate.



Diferendele survenite între asigurator şi furnizorii de servicii de sănătate se soluţionează pe cale amiabilă. În cazul imposibilităţii rezolvării pe cale amiabilă, diferendele sunt supuse medierii unei comisii formate din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, ANRAOS şi a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor. În caz de eşec al medierii, diferendele sunt deduse instanţelor judecătoreşti legal competente.



Diferendele survenite între asigurat şi furnizorii de servicii de sănătate se soluţionează pe cale amiabilă. În cazul imposibilităţii rezolvării pe cale amiabilă, diferendele sunt aduse la cunoştinţă asiguratorului care poate decide demararea procedurii de la articolul precedent.

1. Drepturi şi obligaţii asiguraţilor şi furnizorilor în sistemul de asigurări de sănătate
2. Principalele drepturi şi obligaţii ale asiguraţilor

Asiguraţii au următoarele drepturi:

1. sa beneficieze de un pachet de servicii de bază în condiţiile prezentei legi, stabilit prin acordul-cadru si normele de aplicare;
2. să îşi aleagă în mod informat asiguratorul de sănătate pentru PSSB, dintre cei cu care ANRAOS a încheiat contracte de furnizare de servicii, precum şi furnizorii de servicii de sănătate dintre cei cu care asiguratorul de sănătate ales a încheiat contracte de furnizare de servicii, în condiţiile prezentei legi şi ale acordului-cadru;
3. să schimbe asiguratorul de sănătate la interval de minimum un an de la data încheierii cu acesta a contractului de asigurare de sănătate, cu excepţia situaţiilor stabilite prin acordul-cadru; aceasta schimbare se poate face doar în perioada ianuarie - octombrie a fiecărui an calendaristic pentru anul urmator; procedura de schimbare a contractului de asigurare de sănătare va fi stabilită prin norme specifice stabilite prin ordin al Preşedintelui ANRAOS;
4. să îşi aleagă şi să îşi schimbe medicul de familie în condiţiile stabilite în acordul-cadru;
5. să beneficieze în mod nediscriminatoriu şi justificat din punct de vedere medical, de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale cuprinse în pachetul de servicii de sănătate de bază, în condiţiile prezentei legi şi ale acordului-cadru;
6. să aibă acces la controale medicale periodice, servicii de sănătate preventive şi de promovare a sănătăţii, cu scop educativ pentru sănătatea asiguratului şi familiei acestuia, evitarea îmbolnăvirilor, depistarea precoce a bolilor, evitarea agravării afecţiunilor existente şi recuperare după boală;
7. să beneficieze de concedii şi indemnizaţii de asigurări de sănătate în condiţiile legii, conform prevederilor acordului cadru şi a normelor de aplicare a acestuia;
8. să li se garanteze confidenţialitatea privind datele cu caracter personal, în special în ceea ce priveşte diagnosticul şi tratamentul, conform legilor în vigoare;
9. să fie informaţi, de către asiguratorul de sănătate, în mod nediscriminatoriu şi corect, asupra beneficiilor şi serviciilor acordate în cadrul pachetului de asigurare de sănătate de bază, precum şi asupra altor forme de asigurare oferite de asigurator;
10. să încheie contract de asigurări facultative de sănătate cu un asigurator, ceea ce nu îl exonerează de plata contribuţiei la asigurările obligatorii de sănătate;
11. să se implice în înţelegerea şi luarea deciziilor terapeutice, în cadrul procesului de comunicare şi informare cu furnizorul de servicii de sănătate;
12. să-şi dea consimţământul informat la acele proceduri invazive ale căror riscuri şi beneficii li s-au explicat în prealabil de către furnizorii de servicii de sănătate.

Pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute la Art. 227 asiguraţii au următoarele obligaţii:

1. să opteze pentru un asigurator de sănătate pentru PSSB, în condiţiile stabilite prin acordul-cadru;
2. să se înscrie pe lista unui medic de familie;
3. să anunţe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
4. să se prezinte la controalele profilactice şi la cele periodice stabilite prin acordul-cadru şi prin contractul cu asiguratorul de sănătate;
5. să anunţe în termen de 15 zile medicul de familie şi asiguratorul de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asiguraţi;
6. să respecte cu stricteţe tratamentul şi indicaţiile medicului;
7. să aibă o conduită civilizată faţă de personalul medical;
8. să prezinte furnizorilor de servicii de sănătate cardul naţional sau după caz, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat;
9. să furnizeze toate informaţiile necesare pentru diagnosticare;
10. să fie cooperant în tratament, să se prezinte la examinări periodice ori programate;
11. să respecte prevederile regulamentelor interne ale unităţilor sanitare, în condiţiile informării primite în accesul în aceste unităţi.

În cazul în care un asigurat, în baza asigurării sale obligatorii de sănătate, apelează la serviciile unui alt furnizor decât unul dintre cei cu care asiguratorul său de sănătate este în relaţii contractuale, asiguratul are dreptul la plata de către asigurator a cheltuielilor realizate în legătură cu serviciile de sănătate de care beneficiază conform acordului-cadru, cu condiţia acordului prealabil al asiguratorului sau în baza clauzelor contractului de asigurare.

1. Principalele drepturi şi obligaţii ale furnizorilor de servicii de sănătate

Furnizorii de servicii de sănătate au următoarele drepturi:

1. să încheie contracte cu asiguratorii de sănătate în condiţiile prezentei legi şi ale acordului-cadru;
2. să fie informaţi de către asiguratorul de sănătate asupra motivului pentru care nu au fost selectaţi pentru încheierea contractului, în termen de 30 de zile de la transmiterea unei oferte;
3. sa li se deconteze contravaloarea serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale acordate în baza contractelor încheiate cu asiguratorii, în termenele şi condiţiile contractelor încheiate;
4. să încheie contracte de furnizare de servicii cu unul sau mai mulţi asiguratori.

Furnizorii de servicii de sănătate au următoarele obligaţii:

1. să pună la dispoziţia asiguratorilor de sănătate şi ANRAOS documentele justificative medicale cu privire la tipul serviciilor acordate şi calitatea acestora;
2. să respecte drepturile asiguraţilor;
3. să aibă o conduită civilizată faţă de asiguraţi;
4. să utilizeze sistemul informatic şi informaţional unic integrat;
5. să utilizeze documentele şi formularele electronice sau pe suport de hârtie utilizate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate;
6. să acorde servicii de sănătate decontate din fond numai la prezentarea cardului naţional sau a altor documente justificative care atestă calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile prezentei legi;
7. să acorde servicii de sănătate în conformitate cu ghidurile clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, cu protocoalele terapeutice elaborate de fiecare furnizor pe baza ghidurilor clinice şi aprobate de asigurator, precum şi cu traseele clinice ale pacientului elaborate de către asiguratorii de sănătate cu care au contract;
8. să implice şi pacienţii şi/sau aparţinătorii acestora, după caz, în luarea deciziilor terapeutice, în cadrul procesului de comunicare şi informare a acestora, inclusiv să obţină consimţământul informat al pacienţilor pentru efectuarea de tratamente şi proceduri invazive sau cu grad crescut de risc terapeutic.
9. Servicii de sănătate acordate asiguraţilor pe teritoriul altor state

Persoanele asigurate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România, aflate pe teritoriul statelor cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, beneficiază de servicii de sănătate pe teritoriul acestor state, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.



Rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate în baza documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii la care România este parte este efectuată de asiguratorii de sănătate conform reglementărilor în vigoare.



Pentru efectuarea operaţiunilor prevăzute la alin. (1) ANRAOS poate deschide conturi la o instituţie bancară în care asiguratorii de sănătate vor vira sumele reprezentând cheltuielile ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate şi a altor prestaţii persoanelor menţionate la alin. (1), în condiţiile documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii la care România este parte. Metodologia de efectuare a acestor plăţi se stabileşte prin ordin al preşedintelui ANRAOS, cu avizul Ministerului Sănătăţii şi al Ministerului Finanţelor Publice.

1. Controlul

Asiguratorul de sănătate controlează modul în care furnizorii de servicii de sănătate respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligaţia să permită accesul la evidenţele referitoare la serviciile de sănătate prestate în derularea contractului.



Furnizorii de servicii de sănătate au obligaţia de a pune la dispoziţia organelor de control ale asiguratorilor de sănătate documentele justificative medicale şi financiar contabile conform contractului dintre părţi.



Controlul asupra activităţii asiguratorilor de sănătate este exercitat de către CSA, ANRAOS, Curtea de Conturi şi de către alte instituţii abilitate, potrivit normelor legale .

1. Răspunderi şi sancţiuni \*
2. Sancţiuni

1. Infracţiuni
2. Contravenţii

\* acest capitol se va elabora după definitivarea textului prezentului proiect de lege.

1. Dispoziţii finale
3. CSA va emite în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi precizări privind criteriile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii înregistraţi la sau autorizaţi de către CSA şi care vor dori să intermedieze încheierea contractelor de asigurare de sănătate, precum şi modalităţile şi nivelul de plată a comisioanelor aferente asigurării obligatorii de sănătate.
4. Casele judeţene de asigurări de sănătate, a municipiului Bucureşti, respectiv CASAOPSNAJ şi Casa MTCT se pot reorganiza, ca membru fondator, în societăţi mutuale de asigurări de sănătate, până la 31.12.2014,
5. Personalul CNAS şi al caselor de asigurări de sănătate din subordine poate fi preluat de către ANRAOS în noua formă de organizare şi, respectiv, de către societăţile mutuale de asigurări de sănătate din cadrul sistemului nou format.
6. Patrimoniul caselor judeţene de asigurări de sănătate, a municipiului Bucureşti, respectiv CASAOPSNAJ şi Casa MTCT va fi preluat de către ANRAOS sau de către societăţile mutuale de asigurări de sănătate rezultate prin reorganizarea acestor case, în condiţiile stabilite prin Hotărâre a Guvernului.
7. Comisia de Supraveghere a Asigurărilor prin departamentul special de coordonare a activităţii de asigurări de sănătate, va reglementa şi supraveghea solvabilitatea societăţilor de asigurare care vor contracta asigurări de sănătate conform Directivei Solvency II.
8. Până la data implementării prezentului Titlu, rămân în vigoare dispoziţiile Titlului VIII şi X din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
9. Normele metodologice la prezentul titlu se aprobă prin hotărâre de guvern, în termen de 90 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României a prezentei legi.

# CARDUL EUROPEAN ŞI CARDUL NAŢIONAL DE SĂNĂTATE

2. Asiguraţii din sistemul de asigurări sociale de sănătate au dreptul de a beneficia la cerere de cardul european de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare card european.
3. Cardul european conferă asiguratului dreptul de a beneficia de asistenţa medicală necesară în cursul unei şederi temporare într-un stat membru al Uniunii Europene, altul decât România.
4. Costul cardului european de asigurări de sănătate se suportă din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate*.*
5. Modalităţile de eliberarea a cardului european precum şi drepturile pe care acesta le conferă deţinătorului legal împreuna cu responsabilităţile instituţiilor implicate în acest proces se stabilesc prin norme metodologice aprobate prin Hotărâre a Guvernului.
7. Cardul naţional de asigurări sociale de sănătate este un card electronic, distinct de cardul european de asigurări sociale de sănătate.
8. Cardul naţional de asigurări sociale de sănătate se emite pentru dovedirea calităţii de asigurat.
9. Cardul naţional asigurări sociale de sănătate poate fi utilizat numai pe teritoriul României.
10. Cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, prin componenta sa informatica, este parte integrantă a sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate.
11. Cheltuielile necesare pentru producerea cardului naţional de asigurări obligatorii de sănătate se suportă de la bugetul de stat.
12. Modalităţile de elaborare, implementare şi distribuire a cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, precum şi responsabilităţile instituţiilor implicate în acest proces se stabilesc prin norme metodologice aprobate prin Hotărâre a Guvernului.

Dispoziţii tranzitorii şi finale

1. Prezentul titlu intră în vigoare la 3 zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României.
2. Normele metodologice ale prezentului titlu se aprobă în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.
3. La data intrării în vigoare a normelor metodologice prevăzute la alin.(2), Titlul IX din Legea nr.95/2006 se abrogă.

# MANAGEMENTUL CALITĂŢII ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

1. Dispoziţii generale
3. Ministerul Sănătăţii, ca autoritate centrală, cu rol de elaborare a politicilor de sănătate, reglementare şi control, garantează calitatea în sănătate, asigurând dezvoltarea de standarde bazate pe cele mai bune practici şi pe evidenţe, aprobând ghidurile clinice, sprijinind implementarea de protocoale terapeutice la nivelul furnizorilor de servicii de sănătate, asigurând cadrul legal pentru educaţia medicală continuă a personalului din sistem, evaluând continuu calitatea şi asigurând organizarea şi funcţionarea unui sistem informaţional adecvat.
4. Ministerul Sănătăţii elaborează şi supune aprobării Guvernului Strategia Naţională pentru Asigurarea Calităţii în Sănătate şi Strategia Naţională Informatica pentru Sănătate.
5. Furnizorii de servicii de sănătate sunt responsabili de calitatea serviciilor de sănătate prestate şi de transmiterea de informaţii corecte si complete necesare evaluării acesteia.
6. Sistemul de asigurare a calităţii în sistemul de sănătate

Sistemul de asigurare a calităţii în sistemul de sănătate are rolul de a menţine şi creşte continuu calitatea serviciilor de sănătate şi satisfacţia pacientului legată de aceasta, şi de a eficientiza cheltuirea fondurilor în sistemul de sănătate.



Sistemul de asigurare a calităţii în sănătate asigură dezvoltarea, implementarea şi evaluarea mecanismelor de stimulare a calităţii serviciilor de sănătate prin culegerea şi prelucrarea de informaţii legate de calitatea furnizării serviciilor şi prin monitorizarea şi cercetarea continuă a calităţii serviciilor de sănătate.



(1)Sistemul de asigurare a calităţii în sistemul de sănătate este coordonat de către Agenţia Naţională pentru Managementul Calităţii în Sănătate denumita în continuare ANMCS şi funcţionează în baza strategiei naţionale pentru asigurarea calităţii serviciilor de sănătate şi a strategiei naţionale informatice în sănătate.

(2)În domeniul evaluării tehnologiilor medicale ANMCS colaborează cu structura de evaluare a tehnologiilor medicale din cadrul Ministerului Sănătăţii şi cu evaluatorii certificaţi, conform prevederilor legale.

1. Agenţia Naţională pentru Managementul Calităţiiîn Sănătate (ANMCS)

(1) ANMCS se înfiinţează, prin reorganizarea Comisiei Naţionale de Acreditare a Spitalelor (CoNAS), care se desfiinţează.

1. ANMCS este instituţie publică autonomă, cu personalitate juridică, finanţată integral din venituri propii, aflată în coordonarea Ministerului Sănătăţii.
2. ANMCS are sediul în municipiul Bucureşti, Bd. Kiseleff nr.55, vila 9, Sector 1, Bucuresti.
4. ANMCS preia de la CONAS personalul şi patrimoniul aferent activităţilor menţionate în prezenta lege.
5. Patrimoniul se preia în baza protocoalelor de predare-primire întocmite în termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu, inclusiv disponibilităţile care se preiau din conturile CONAS, aferente activităţii preluate de ANMCS.
6. ANMCS preia toate drepturile şi este ţinută de toate obligaţiile CONAS, potrivit reglementărilor legale şi contractuale.
7. Regulamentul de organizare şi funcţionare, statutul, statul de funcţii şi structura de personal ale ANMCS se aprobă de către Consiliul director al ANMCS, cu avizul Ministerului Sănătăţii, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.
8. ANMCS administrează bunuri proprietate publică şi privată a statului, precum şi alte bunuri dobândite în condiţiile legii.
9. Bunurile proprietate publică aflate în administrarea ANMCS, precum şi cele dobândite din fonduri publice se evidenţiază distinct în patrimoniul acesteia.
10. În exercitarea drepturilor sale, ANMCS deţine şi foloseşte bunurile aflate în patrimoniul său şi, după caz, dispune de acestea, în condiţiile legii, în scopul realizării obiectelor sale de activitate, şi beneficiază de rezultatele utilizării acestora.
12. Conducerea ANMCS este asigurata de către Consiliul Director format din 7 experţi desemnaţi astfel: 2 de către Preşedinţia Romaniei, 2 de către Ministerul Sanatatii, şi câte unul de către Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, Colegiul Medicilor din România şi Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România.
13. Aceştia aleg prin vot secret un preşedinte cu un mandat de 5 ani;
14. Preşedintele Consiliului Director are şi rol de director general şi este ordonator de credite pentru ANMCS.
15. * + 1. ANMCS are în componenţă următoarele structuri fără personalitate juridică: .
16. Centrul de Standarde şi Norme pentru Serviciile de Sănătate - structură cu expertiză şi responsabilităţi în domeniul elaborării, promovării, sprijinirii implementării şi monitorizării aplicării ghidurilor de bună practică în domeniul clinic şi al managementului serviciilor
17. Comisia de Acreditare a Spitalelor - structură cu expertiză şi responsabilităţi în elaborarea standardelor şi coordonarea evaluării standardizate a calităţii serviciilor furnizate în spitale
18. Comisia de Evaluare şi Certificare a Cabinetelor Medicale - structură cu expertiză şi responsabilităţi în elaborarea standardelor, coordonarea evaluarii standardizate şi certificarea calităţii serviciilor furnizate în cabinetele medicale, precum şi în acreditarea cabinetelor medicale în care se desfăşoară activitaţi de formare şi educare a rezidenţilor
19. Comisia de Evaluare a Practicii Profesionale în Domeniul Serviciilor de Sănătate – structură cu expertiză şi responsabilităţi în elaborarea standardelor şi coordonarea evaluării standardizate a activităţii profesionale a personalului de specialitate din domeniul asistenţei medicale
20. Departamentul de evaluare a tehnologiilor în sănătate – structură cu expertiză şi responsabilităţi în evaluarea medicamentelor, tehnologiilor şi dispozitivelor medicale din punct de vedere calitativ, al impactului în mediul economico - social
21. ANMCS poate colabora cu grupuri de experţi naţionali sau internaţionali care să lucreze pe timp limitat, pe proiecte specifice.
22. Regulamentul de organizare şi funcţionare al ANMCS, precum şi organigrama instituţiei sunt elaborate de către Consiliul Director şi aprobate prin Ordin al ministrului sanatatii.

Scopul activităţii ANMCS constă în:

1. Sprijinirea instituţiilor centrale de sănătate publica în fundamentarea deciziilor privind finanţarea din fonduri publice a produselor si serviciilor medicale
2. Promovarea bunelor practici şi buna utilizare a serviciilor si produselor medicale, atat în rândul profesioniştilor din domeniul sănătăţii, cat şi in randul beneficiarilor serviciilor de sănătate
3. Evaluarea în vederea îmbunătăţirii calităţii asistenţei medicale şi de îngrijire acordate în unităţi medicale spitalicesti şi în cabinete medicale
4. Informarea profesioniştilor din domeniul sănătăţii precum şi a publicului larg referitor la calitatea serviciilor de sănătate
5. Colaborarea cu principalii factori implicaţi în sistemul de sănătate din Romania şi cu organisme cu atributii similare din străinătate, in vederea indeplinirii obiectivelor sale.
6. Principalele obiective de activitate ale ANMCS sunt:
7. asigurarea condiţiilor necesare pentru ca serviciile oferite în sistemul de sanatate să se bazeze pe standarde naţionale şi, după caz, internaţionale agreate atât la nivel clinic cât şi la nivel managerial;
8. evaluarea modului în care serviciile de sănătate sunt administrate şi oferite beneficiarilor de către furnizori, pentru a se asigura obţinerea celor mai bune rezultate cu resursele existente;
9. sprijinirea implementării strategiilor Ministerului Sănătăţii pentru asigurarea calităţii prin culegerea de informaţii, realizarea de studii şi activităţi de formare a personalului din sistemul de sănătate.
10. dezvoltarea sistemului de acreditare a instituţiilor medicale şi de evaluare standardizată a activităţii profesionale a personalului de specialitate, împreună cu Ministerul Sănătăţii, ANRAOS şi asociaţiile profesionale din domeniu.

ANMCS are următoarele responsabilităţi:

1. colectarea, analiza şi diseminarea datelor statistice din sistemul de sănătate, precum şi prelucrarea datelor şi transmiterea rezultatelor cu privire la aceste date instituţiilor publice şi furnizorilor analizaţi;
2. Promovarea şi implementarea de programe structurate si integrate de asigurare a calităţii;
3. Evaluarea şi raportarea anuală a indicatorilor de calitate ai serviciilor medicale, către Ministerul Sănătăţii, în primul trimestru al anului următor;
4. Acreditarea spitalelor din Romania şi evaluarea furnizorilor din asistenţa medicală ambulatorie;
5. Participarea la dezvoltarea şi implementarea sistemului informaţional în sănătate.
6. Evaluarea furnizorilor din asistenţa medicala primară şi acreditarea acelora care derulează activităţi de educare şi formare a rezidenţilor in specialitatea medicină de familie.
7. Evaluarea practicii profesionale în domeniul asistenţei medicale

In vederea îndeplinirii responsabilităţilor sale ANMCS are următoarele atribuţii principale:

1. dezvoltarea, diseminarea şi monitorizarea standardelor agreate precum şi a ghidurilor clinice/modelelor de bună practică ca bază pentru dezvoltarea protocoalelor terapeutice, în colaborare cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi cu asociaţiile profesionale din domeniu;
2. dezvoltarea criteriilor privind procesele de acreditare a furnizorilor de servicii de sănătate şi de evaluarea practicii profesionale a personalului;
3. promovarea programului de evaluare a impactului politicilor altor sectoare asupra sănătăţii, în conformitate cu metodologia şi recomandările OMS şi UE;
4. promovarea şi consilierea asupra iniţiativelor naţionale în domeniul siguranţei pacientului;
5. dezvoltarea de programe de evaluare a serviciilor de sănătate, pe domenii de îngrijiri, pe tipuri de patologii sau pe sectoare de îngrijire; evaluările pot fi efectuate la nivel naţional, dar şi teritorial şi pot fi legate de dezvoltarea standardelor de calitate pentru diferitele servicii, acoperind orice aspect al performanţei, inclusiv aspectele legate de managementul clinic;
6. elaborarea, în vederea informării Ministerului Sănătăţii, de rapoarte privind acreditarea spitalelor şi evaluarea cabinetelor medicale, în conformitate cu atribuţiile stabilite prin ordine ale Ministerului Sănătăţii;
7. elaborarea şi publicarea periodică a unui raport naţional de evaluare a performanţei pentru fiecare domeniu de servicii examinat, în conformitate cu standardele naţionale specificate, care detaliază în mod clar dacă standardele cerute au fost îndeplinite, neîndeplinite sau depăşite şi măsura în care serviciile furnizate au condus la o îmbunătăţire reală a stării de sănătate pentru pacient;
8. încurajarea şi promovarea dezvoltării standardelor de calitate.
9. Sistemul informaţional care stă la baza asigurării calităţii în sănătate

Pentru buna funcţionare a sistemului de asigurare a calităţii în sănătate se vor asigura:

1. accesul rapid la informaţii de calitate privind sănătatea, serviciile de sănătate şi sociale atât pentru publicul larg, pacienţi, cât şi pentru specialiştii în domeniu, administratori, manageri şi factori decizionali;
2. utilizarea optima a tehnologiei informaţiei şi comunicării în vederea eficientizării serviciilor operaţionale şi sporirii receptivităţii serviciilor;
3. realizarea proceselor decizionale şi de planificare pe baza informaţiilor disponibile;
4. evaluarea impactului exercitat de deciziile investiţionale asupra serviciilor;
5. consolidarea rolului informaţiilor în îmbunătăţirea sănătăţii, inclusiv din perspectiva stilului de viaţa sănătos, educaţiei şi instruirii, pentru a asigura exploatarea eficientă a cunoştinţelor acumulate;
6. comunicarea mai rapidă şi mai eficientă între toate sectoarele din domeniul sănătăţii;

ANMCS are următoarele atribuţii principale referitoare la funcţionarea sistemului informaţional din sănătate:

1. participă la dezvoltarea informaţională, în conformitate cu Strategia Naţională Informatică în Sănătate;
2. dezvoltă standarde informaţionale, definiţii şi dicţionare de date;
3. dezvoltă şi stabileşte seturi de date minimale;
4. evaluează şi face recomandări referitoare la calitatea datelor şi informaţiilor;
5. promovează educaţia, formarea şi dezvoltarea abilităţilor in domeniul sau de activitate pentru personalul de domeniu;
6. promovează şi participă la cercetarea şi dezvoltarea naţională în domeniul e-health;
7. promovează acţiuni comune pentru asigurarea securităţii confidenţialităţii datelor din sănătate;
8. dezvoltă ghiduri referitoare la accesul la informaţia deţinută de agenţii din sănătate;
9. colaborează la dezvoltarea specificaţiilor adecvate pentru achiziţionarea de tehnologie din domeniul informatic pentru sistemul de sănătate.
10. 1. ANMCS are obligaţia contractării unui audit financiar extern anual.
    2. Raportul de audit se publică pe site-ul propriu.

Controlul asupra activităţii financiare a ANMCS se realizează de Ministerul Sănătăţii, de Curtea de Conturi sau de alte institutii abilitate prin lege.

1. Dispoziţii finale

Prezentul titlu intră în vigoare în termen de 30 de zile de la publicarea prezentei legi în Monitorul Oficial al României, Partea I.

# PERSONALUL DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

1. 1. Personalul din sistemul de sănătate cuprinde:
2. personal de specialitate medical şi nemedical;
3. personal auxiliar sanitar;
4. personal economic şi tehnico-administrativ;
5. muncitori şi personal deservire.
   1. Personalul prevăzut la alin.(1) lit.a) este alcătuit din medici, medici dentişti, farmacişti, asistenţi medicali generalişti, asistenţi medicali / tehnicieni cu altă formare specializată în domeniul îngrijirilor de sănătate, moaşe, fizioterapeuţi, biologi, biochimişti, chimişti şi alt personal calificat să exercite activităţi în domeniile de prevenire a îmbolnăvirilor, de menţinere şi îmbunătăţire a stării de sănătate a populaţiei, cu studii superioare, postliceale sau liceale. În funcţie de calificarea însuşită, acest personal efectuează activităţile medicale de natură preventivă, curativă şi de recuperare sau activităţile conexe actului medical.
   2. Personalul prevăzut la alin.1 lit.b)-d) desfăşoară activităţile de suport necesare bunei funcţionări a unităţii medicale de încadrare, conform nivelului de calificare prevăzut pentru funcţia ocupată.

Personalul din sistemul de sănătate are obligaţia să asigure activitatea de asistenţă medicală acordată populaţiei în condiţii de siguranţă a pacientului şi răspunde de calitatea actului prestat, în limita competenţelor profesionale însuşite.



Dispoziţiile privind exercitarea profesiilor cu domeniu specific de activitate in sistemul de sănătate, se elaborează, în termen de 90 zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României a prezentei legi, de către organizațiile profesionale de profil cu rol de reglementare a profesiei în colaborare cu Ministerul Sănătății și se aprobă prin legea privind Codul profesiilor reglementate din sănătate.



În vederea fundamentării politicilor de resurse umane în sistemul de sănătate, Ministerul Sănătăţii înfiinţează Registrul naţional al personalului de specialitate din sistemul de sănătate, pentru personalul prevăzut la art.144 lit.a) .



Dispoziţii tranzitorii si finale

1. Prezentul titlu intră in vigoare în termen de 3 zile de la publicarea prezentei legi in Monitorul Oficial.
2. Normele metodologice de întocmire a Registrului naţional al personalului de specialitate din sistemul de sănătate precum şi de reactualizare a datelor conţinute se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului titlu.

# RĂSPUNDEREA CIVILĂ A PERSONALULUI MEDICAL ŞI A FURNIZORULUI DE SERVICII DE SĂNĂTATE

1. Răspunderea civilă a personalului medical
3. În sensul prezentului titlu, următorii termeni se definesc astfel:
4. personalul medical este medicul, medicul dentist, farmacistul, asistentul medical şi moasa care acorda servicii medicale;
5. malpraxisul este eroarea profesionala savarsita in exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicand raspunderea civila a personalului medical si a furnizorului de servicii de sănătate.
6. Personalul medical raspunde civil pentru prejudiciile produse din eroare, care includ si neglijenta, imprudenta sau cunostinte medicale insuficiente in exercitarea profesiunii, prin acte individuale in cadrul procedurilor de preventie, diagnostic sau tratament.
7. Personalul medical raspunde civil si pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementarilor prezentului titlu privind confidentialitatea, consimtamantul informat si obligativitatea acordarii asistentei medicale.
8. Personalul medical raspunde civil pentru prejudiciile produse in exercitarea profesiei si atunci cand isi depaseste limitele competentei, cu exceptia cazurilor de urgenta in care nu este disponibil personal medical ce are competenta necesara.
9. Raspunderea civila reglementata prin prezenta lege nu inlatura angajarea raspunderii penale, daca fapta care a cauzat prejudiciul constituie infractiune conform legii.
10. Personalului medical si unitatilor sanitare publice sau private, in calitatea acestora de furnizori de servicii de sănătate, nu li se aplica prevederile Ordonantei Guvernului nr. 21/1992 privind protectia consumatorilor, asa cum a fost modificata si completata.
12. Toate persoanele implicate in actul medical vor raspunde proportional cu gradul de vinovatie al fiecareia.
13. Personalul medical nu este raspunzator pentru daunele si prejudiciile produse in exercitarea profesiunii:
14. cand acestea se datoreaza conditiilor de lucru, dotarii insuficiente cu echipament de diagnostic si tratament, infectiilor nosocomiale, efectelor adverse, complicatiilor si riscurilor in general acceptate ale metodelor de investigatie si tratament, viciilor ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor si dispozitivelor medicale, substantelor medicale si sanitare folosite;
15. cand actioneaza cu buna-credinta in situatii de urgenta, cu respectarea competentei acordate.
16. Răspunderea civilă a furnizorilor de servicii de sănătate
18. Unitatile sanitare publice sau private, in calitate de furnizori de servicii de sănătate, raspund civil, potrivit dreptului comun, pentru prejudiciile produse in activitatea de preventie, diagnostic sau tratament, in situatia in care acestea sunt consecinta:
19. infectiilor nosocomiale, cu exceptia cazului cand se dovedeste o cauza externa ce nu a putut fi controlata de catre institutie;
20. defectelor cunoscute ale dispozitivelor si aparaturii medicale folosite in mod abuziv, fara a fi reparate;
21. folosirii materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, substantelor medicamentoase si sanitare, dupa expirarea perioadei de garantie sau a termenului de valabilitate a acestora, dupa caz;
22. acceptarii de echipamente si dispozitive medicale, materiale sanitare, substante medicamentoase si sanitare de la furnizori, fara asigurarea prevazuta de lege, precum si subcontractarea de servicii medicale sau nemedicale de la furnizori fara asigurare de raspundere civila in domeniul medical.
23. Unitatile prevazute la alin. (1) raspund in conditiile legii civile pentru prejudiciile produse de personalul medical angajat, in solidar cu acesta.

Unitatile sanitare publice sau private, furnizoare de servicii de sănătate, raspund civil si pentru prejudiciile cauzate, in mod direct sau indirect, pacientilor, generate de nerespectarea reglementarilor interne ale unitatii sanitare.



Unitatile sanitare publice sau private, furnizoare de servicii de sănătate, si producatorii de echipamente si dispozitive medicale, substante medicamentoase si materiale sanitare raspund potrivit legii civile pentru prejudiciile produse pacientilor in activitatea de preventie, diagnostic si tratament, generate in mod direct sau indirect de viciile ascunse ale echipamentelor si dispozitivelor medicale, substantelor medicamentoase si materiale sanitare, in perioada de garantie/valabilitate, conform legislatiei in vigoare.



Prevederile art. 268 se aplica in mod corespunzator si furnizorilor de servicii medicale sau nemedicale, subcontractate de catre unitatile sanitare publice sau private furnizoare de servicii medicale, in cazul prejudiciilor aduse pacientilor in mod direct sau indirect, ca urmare a serviciilor prestate.



Furnizorii de utilitati catre unitatile sanitare publice sau private furnizoare de servicii de sănătate raspund civil pentru prejudiciile cauzate pacientilor, generate de furnizarea necorespunzatoare a utilitatilor.

1. Acordul pacientului informat
3. Pentru a fi supus la metode de preventie, diagnostic si tratament, cu potential de risc pentru pacient, dupa explicarea lor de catre personalul medical, pacientului i se solicita acordul scris. Pacientului care nu poate semna din pricina unei infirmitati i se va solicita exprimarea verbala a consimtamantului pentru actul medical, medicul urmand sa faca o mentiune in acest sens pe acordul scris. Pacientului care nu stie carte sau nu vede, i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi intrebat daca acesta reprezinta vointa sa, medicul urmand sa faca o mentiune in acest sens pe acordul scris.
4. In obtinerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moasa sunt datori sa prezinte pacientului informatii la un nivel stiintific rezonabil pentru puterea de intelegere a acestuia.
5. Informatiile trebuie sa contina: diagnosticul, natura si scopul tratamentului, riscurile si consecintele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile si consecintele lor, prognosticul bolii fara aplicarea tratamentului. Acordul scris va trebui sa faca dovada existentei discutiei de informare medic – pacient si a exprimarii de catre pacient a consimtamantului pentru actul medical sau, dupa caz, a refuzului pacientului cu privire la efectuarea actului medical. In ipoteza in care pacientul refuza actul medical si refuza sa exprime acest refuz in scris, personalul medical va putea face dovada faptului ca pacientul a refuzat actul medical prin orice mijloc de proba.
6. In cazul pacientului lipsit de discernamant, acordul scris se va obtine de la reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiata a pacientului. In sensul prezentei legi, pacientul lipsit de discernamant este inclusiv pacientul cu care medicul nu poate comunica in mod eficient, din pricina conditiei medicale a pacientului la momentul la care este necesara exprimarea consimtamantului. In acest unic scop, lipsa discernamantului pacientului se constata de catre medicul care solicita acordul pacientului. Prin ruda cea mai apropiata in sensul prezentului articol se inteleg, în ordine, soţul, părintele, descendentul, rudele în linie colaterala pâna la al patrulea grad inclusiv.
7. In cazul pacientului minor, acordul scris se va obtine de la parinte ori de la reprezentantul legal sau, in lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiata. Prin ruda cea mai apropiata in sensul prezentului articol se inteleg, în ordine, ascendentii si rudele majore care insotesc pacientul minor, pana la al patrulea grad inclusiv.

Varsta legala pentru exprimarea consimtamantului informat este de 18 ani. Minorii isi pot exprima consimtamantul in absenta parintilor sau reprezentantului legal sau rudei celei mai apropiate, in urmatoarele cazuri:

1. situatii de urgenta, cand parintii sau reprezentantul legal sau rudele nu pot fi contactati, iar minorul are discernamantul necesar pentru a intelege situatia medicala in care se afla;
2. situatii medicale legate de diagnosticul si/sau tratamentul oricaror probleme / conditii din sfera sexuala si reproductiva, la solicitarea expresa a minorului in varsta de peste 16 ani;
4. Medicul curant, asistentul medical/moasa raspund atunci cand nu obtin consimtamantul informat al pacientului sau al reprezentantilor legali ai acestuia, cu exceptia cazurilor in care pacientul este minor sau lipsit de discernamant, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiata nu poate fi contactat, datorita situatiei de urgenta.
5. Atunci cand reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiata nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical/moasa pot solicita autorizarea efectuarii actului medical autoritatii tutelare sau pot actiona fara acordul acesteia in situatii de urgenta, cand intervalul de timp pana la exprimarea acordului ar pune in pericol, in mod ireversibil, sanatatea si viata pacientului.
6. Obligativitatea asigurarii asistentei medicale
8. Medicul, medicul dentist, asistentul medical/moasa au obligatia de a acorda asistenta medicala/ingrijiri de sanatate unei persoane doar daca au acceptat-o in prealabil ca pacient, criteriile de acceptare urmand a fi stabilite prin normele metodologice de aplicare a prezentei legi.
9. Medicul, medicul dentist, asistentul medical/moasa nu pot refuza sa acorde asistenta medicala/ingrijiri de sanatate pe criterii etnice, religioase si orientare sexuala sau pe alte criterii de discriminare interzise prin lege.
10. Medicul, medicul dentist, asistentul medical/moasa au obligatia de a accepta pacientul in situatii de urgenta, cand lipsa asistentei medicale poate pune in pericol, in mod grav si ireversibil, sanatatea sau viata pacientului.
12. Atunci cand medicul, medicul dentist, asistentul medical/moasa au acceptat pacientul, relatia poate fi intrerupta:
13. odata cu vindecarea bolii;
14. de catre pacient;
15. de catre medic, in urmatoarele situatii:
    * 1. atunci cand pacientul este trimis altui medic, furnizand toate datele medicale obtinute, care justifica asistenta altui medic cu competente sporite;
      2. pacientul manifesta o atitudine ostila si/sau ireverentioasa fata de medic.
16. Medicul va notifica pacientului, in situatia prevazuta la alin. (1) lit. c) pct. (ii), dorinta terminarii relatiei, inainte cu minimum 5 zile, pentru ca acesta sa gaseasca o alternativa, doar in masura in care acest fapt nu pune in pericol starea sanatatii pacientului.
18. Medicul, asistentul medical/moasa, angajati ai unei institutii furnizoare de servicii de sănătate, au obligatia acordarii asistentei medicale/ingrijirilor de sanatate pacientului care are dreptul de a primi ingrijiri medicale/de sanatate in cadrul institutiei, potrivit reglementarilor legale.
19. Medicul poate refuza asigurarea asistentei medicale in situatiile mentionate la art. 275 alin. (1) lit. c).

In acordarea asistentei medicale/ ingrijirilor de sanatate, personalul medical are obligatia aplicarii protocoalelor terapeutice, stabilite în baza ghidurilor clinice in specialitatea respectiva, aprobate la nivel national, sau, in lipsa acestora, standardelor recunoscute de comunitatea medicala a specialitatii respective.

1. Asigurarea obligatorie de răspundere civilă profesională pentru medici, farmacişti şi alte persoane din domeniul asistenţei medicale
3. Personalul medical definit la art. 264 alin. (1) lit. a) care acorda asistenta medicala, in sistemul public si/sau in cel privat, intr-o locatie cu destinatie speciala pentru asistenta medicala, precum si atunci cand aceasta se acorda in afara acestei locatii, ca urmare a unei cereri exprese din partea persoanei sau a persoanelor care necesita aceasta asistenta ori a unui tert care solicita aceasta asistenta pentru o persoana sau mai multe persoane care, din motive independente de vointa lor, nu pot apela ele insele la aceasta asistenta, va incheia o asigurare de malpraxis pentru cazurile de raspundere civila profesionala pentru prejudicii cauzate prin actul medical.
4. O copie de pe a asigurării va fi prezentata inainte de incheierea contractului de munca, fiind o conditie obligatorie pentru angajare.
6. Asiguratorul acorda despagubiri pentru prejudiciile de care asiguratii raspund, in baza legii, fata de terte persoane care se constata ca au fost supuse unui act de malpraxis medical, precum si pentru cheltuielile de judecata ale persoanei prejudiciate prin actul medical.
7. Despagubirile se acorda indiferent de locul in care a fost acordata asistenta medicala.
8. Asigurarea obligatorie face parte din categoria B clasa 13 de asigurari de raspundere civila si va cuprinde toate tipurile de tratamente medicale ce se efectueaza in specialitatea si competenta profesionala a asiguratului si in gama de servicii de sănătate oferite de unitatile de profil.
10. Despagubirile se acorda pentru sumele pe care asiguratul este obligat sa le plateasca cu titlu de dezdaunare si cheltuieli de judecata persoanei sau persoanelor pagubite prin aplicarea unei asistente medicale neadecvate, care poate avea drept efect inclusiv vatamarea corporala ori decesul.
11. In caz de deces, despagubirile se acorda succesorilor in drepturi ai pacientului care au solicitat acestea.
12. Despagubirile se acorda si atunci cand asistenta medicala nu s-a acordat, desi starea persoanei sau persoanelor care au solicitat sau pentru care s-a solicitat asistenta medicala impunea aceasta interventie.
13. Despagubirile vor include si eventualele cheltuieli ocazionate de un proces in care asiguratul este obligat la plata acestora; cheltuielile de judecata sunt incluse in limita raspunderii stabilita prin polita de asigurare.
14. Societăţile de asigurări sunt obligate să încheie contracte de asigurare de raspundere civila profesionala pentru personalul medical sau pentru furnizorii de servicii de sănătate atât în ceea ce priveşte acoperirea prejudiciului patrimonial, cât şi a prejudiciului moral solicitat de catre pacient / mostenitorii pacientului sau stabilit de către instanţele de judecată.
15. Contractele de asigurare de raspundere civila profesionala avand ca obiect asigurarea de raspundere civila a personalului medical sau a furnizorului de servicii de sănătate trebuie, in mod obligatoriu, sa garanteze acoperirea prejudiciului provocat de catre personalul medical sau de catre furnizorii de servicii de sănătate intr-una dintre urmatoarele doua forme:
16. Acoperirea prejudiciului provocat de actul medical defectuos efectuat in perioada in care contractul de asigurare este in vigoare, indiferent de data la care este formulata cererea de despagubiri de catre pacient / mostenitorii pacientului si indiferent de data la care cuantumul prejudiciului este stabilit de catre instantele de judecata.
17. Acoperirea sumei solicitate prin cererea de despagubiri de catre pacient / mostenitorii pacientului sau a sumei stabilite cu titlul de despagubiri stabilite de catre instantele de judecata in perioada in care contractul de asigurare este in vigoare, indiferent de data la care a avut loc actul medical care a generat prejudiciul.

Despagubirile se platesc si atunci cand persoanele vatamate sau decedate nu au domiciliul sau resedinta in Romania, cu exceptia cetatenilor din Statele Unite ale Americii, Canada si Australia.

2. In cazul in care pentru acelasi asigurat exista mai multe asigurari valabile, despagubirea se suporta in mod proportional cu suma asigurata de fiecare asigurator.
3. Asiguratul are obligatia de a informa asiguratorul despre incheierea unor astfel de asigurari cu alti asiguratori, atat la incheierea politiei, cat si pe parcursul executarii acesteia.
5. Limitele maxime ale sumelor care pot fi solicitate de catre pacienti cu titlul de daune morale pentru malpraxis se stabilesc de către Ministerul Sanatatii si Ministerul Justitiei, prin ordin común.
6. Colegiul Medicilor din Romania, Colegiul Medicilor Dentisti din Romania, Colegiul Farmacistilor din Romania si Ordinul Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania isi vor informa periodic membrii cu privire la limitele maxime ale sumelor care pot fi solicitate de catre pacienti cu titlul de daune morale pentru malpraxis, recomandandu-le acestora incheierea de asigurari de raspundere civila profesionala de natura sa acopere aceste limite.
7. Nivelul primelor, termenele de plata si celelalte elemente privind acest tip de asigurari se stabilesc prin negociere intre asigurati si asiguratori.
9. Despagubirile se vor stabili prin procedura amiabila, pe cale de negociere intre pacient si societatea de asigurare, cu consultarea personalului medical implicat in pretinsul act de malpraxis, conform alineatelor (2) – (7) din prezentul articol.
10. Procedura amiabilă este obligatorie și prealabilă acțiunii judiciare, orice cerere de acoperire a prejudiciului formulata de catre pacient anterior procedurii amiabile, in conditiile CAP. VI din prezentul Titlu - Procedura de stabilire a cazurilor de raspundere civila profesionala pentru medici, farmacisti si alte persoane din domeniul asistentei medicale sau in conditiile dreptului común, fiind considerată prematură.
11. Pacientul care se considera prejudiciat se va adresa cu o cerere de acoperire a prejudiciului către unitatea medicală unde a fost furnizat serviciul medical, prin respectiva cerere pacientul urmand sa isi exprime acordul expres pentru comunicarea informatiilor medicale catre toate persoanele implicate in solutionarea cererii, inclusiv societatea de asigurari, respectiv urmand sa indice imprejurarile pe care le considera relevante in sustinerea cererii, precum si motivele pe care isi intemeiaza cererea.
12. Unitatea medicală, direct sau in urma consultarii personalului medical implicat in pretinsul act de malpraxis, sau societatea de asigurări pot solicita informatii si documente suplimentare.
13. În termen de maximum 60 zile de la primirea de la pacient a tuturor informatiilor si documentelor si respectiv de la primirea de la unitatea medicala a punctului de vedere al acesteia si a documentelor in sustinere, societatea de asigurări va incheia procedura de evaluare a cererii de despagubiri, urmand sa decida aprobarea solicitarii de despagubiri, aprobarea partială a cererii de despagubiri sau respingerea motivată a cererii de despagubiri. Orice decizie emisa prin care societatea de asigurare aproba in tot sau partial o cerere de despagubire trebuie, in mod obligatoriu, insotita de un acord prin care unitatea medicala, personalul medical implicat in pretinsul act de malpraxis si pacientul confirma stingerea pe calea procedurii amiabile a situatiei litigioase nascute prin cererea pacientului.
14. Dacă societatea de asigurări nu incheie procedura de evaluare a cererii de despagubiri si nu emite o decizie in termenul de la alineatul (5), se prezuma ca societatea de asigurari a decis aprobarea cererii de despagubiri, unitatea medicala, personalul medical implicat in pretinsul act de malpraxis si pacientul putand trece la incheierea acordului prin care confirma stingerea pe calea procedurii amiabile a situatiei litigioase nascute prin cererea pacientului.
15. Decizia societăţii de asigurare se comunică pacientului, personalului medical implicat in pretinsul act de malpraxis si unitatii medicale implicate in pretinsul act de malpraxis.
16. Pacientul nemultumit de decizia emisa de catre societatea de asigurare, prin care cererea sa de despagubire este respinsa, va putea solicita acoperirea prejudiciului in conditiile CAP. VI din prezentul Titlu - Procedura de stabilire a cazurilor de raspundere civila profesionala pentru medici, farmacisti si alte persoane din domeniul asistentei medicale sau in conditiile dreptului común.

Despagubirile se platesc de catre asigurator nemijlocit persoanelor fizice, in masura in care acestea nu au fost despagubite de asigurat.



Despagubirile pot fi solicitate si se platesc si catre persoanele care nu au calitatea de asigurat în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate.

2. Drepturile persoanelor vatamate sau decedate prin aplicarea unei asistente medicale neadecvate se pot exercita impotriva celor implicati direct sau indirect in asistenta medicala.
3. Aceste drepturi se pot exercita si impotriva persoanelor juridice care furnizeaza echipamente, instrumental medical si medicamente care sunt folosite in limitele instructiunilor de folosire sau prescriptiilor in asistenta medicala calificata, conform obligatiei acestora, asumata prin contractele de furnizare a acestora. ART. 666
4. Despagubirile nu se recupereaza de la persoana raspunzatoare de producerea pagubei cand asistenta medicala s-a facut in interesul partii vatamate sau a decedatului, in lipsa unei investigatii complete ori a necunoasterii datelor anamnezice ale acestuia, datorita situatiei de urgenta, iar partea vatamata sau decedatul nu a fost capabil, datorita circumstantelor, sa coopereze cand i s-a acordat asistenta.
5. Recuperarea prejudiciilor de la persoana raspunzatoare de producerea pagubei se poate realiza in urmatoarele cazuri:
6. vatamarea sau decesul este urmare a incalcarii intentionate a standardelor de asistenta medicala;
7. vatamarea sau decesul se datoreaza unor vicii ascunse ale echipamentului sau a instrumentarului medical sau a unor efecte secundare necunoscute ale medicamentelor administrate;
8. atunci cand vatamarea sau decesul se datoreaza atat persoanei responsabile, cat si unor deficiente administrative de care se face vinovata unitatea medicala in care s-a acordat asistenta medicala sau ca urmare a neacordarii tratamentului adecvat stabilit prin standarde medicale recunoscute sau alte acte normative in vigoare, persoana indreptatita poate sa recupereze sumele platite drept despagubiri de la cei vinovati, altii decat persoana responsabila, proportional cu partea de vina ce revine acestora;
9. asistenta medicala a partii vatamate sau a decedatului s-a facut fara consimtamantul acestuia, dar in alte imprejurari decat cele prevazute la alin. (1).

Asiguratii sau reprezentantii acestora sunt obligati sa instiinteze in scris asiguratorul sau, daca este cazul, asiguratorii despre existenta unei actiuni in despagubire, in termen de 3 zile lucratoare de la data la care au luat la cunostinta despre aceasta actiune.

1. Procedura de stabilire a cazurilor de răspundere civilă profesională pentru medici, farmacişti şi alte persoane din domeniul asistentei medicale
3. La nivelul direcţiilor de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti se constituie Comisia de monitorizare si competenta profesionala pentru cazurile de malpraxis, numita in continuare Comisia.
4. Comisia are in componenta reprezentanti ai direcţiilor de sănătate publică judeţene si, respectiv, ai municipiului Bucuresti, ai asiguratorului din sistemul de asigurări de sănătate, colegiului judetean al medicilor, colegiului judetean al medicilor dentisti, colegiului judetean al farmacistilor, ordinului judetean al asistentilor si moaselor din Romania, un expert medico-legal, sub conducerea unui director adjunct al direcţiei de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucuresti.
5. Regulamentul de organizare si functionare a Comisiei se elaboreaza de Ministerul Sanatatii, se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.
7. Ministerul Sanatatii aproba, la propunerea Colegiului Medicilor din Romania, pentru fiecare judet si municipiul Bucuresti, o lista nationala de experti medicali, in fiecare specialitate, care vor fi consultati conform regulamentului de organizare si functionare a Comisiei.
8. Pe lista de experti se poate inscrie orice medic, medic dentist, farmacist, asistent medical/moasa cu o vechime de cel putin 8 ani in specialitate, cu avizul Colegiului Medicilor din Romania, Colegiului Medicilor Dentisti, Colegiului Farmacistilor si, respectiv, al Ordinului Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania.
9. Modalitatea de remunerare a expertilor medicali din lista nationala se stabileste prin ordin al ministrului sanatatii.
10. Onorariile pentru serviciile prestate de catre expertii medicali desemnati se stabilesc in raport cu complexitatea cazului expertizat, sunt aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si vor fi suportate de partea interesata.

Comisia poate fi sesizata de:

1. persoana sau, dupa caz, reprezentantul legal al acesteia, care se considera victima unui act de malpraxis savarsit in exercitarea unei activitati de preventie, diagnostic si tratament;
2. succesorii persoanei decedate ca urmare a unui act de malpraxis imputabil unei activitati de preventie, diagnostic si tratament.
4. Comisia desemnează, prin tragere la sorţi, din lista naţională a experţilor, un grup de experţi sau un expert, în funcţie de complexitatea cazului, însărcinat cu efectuarea unui raport asupra cazului.
5. Expertii prevazuti la alin. (1) au acces la toate documentele medicale aferente cazului, a caror cercetare o considera necesara, si au dreptul de a audia si inregistra depozitiile tuturor persoanelor implicate.
6. Expertii intocmesc in termen de 30 de zile un raport asupra cazului pe care il inainteaza Comisiei. Comisia adopta o decizie asupra cazului, in maximum 3 luni de la data sesizarii.
7. Fiecare parte interesata are dreptul sa primeasca o copie a raportului expertilor si a documentelor medicale care au stat la baza acestuia.

Comisia stabileste, prin decizie, daca in cauza a fost sau nu o situatie de malpraxis. Decizia se comunica tuturor persoanelor implicate, inclusiv asiguratorului, in termen de 5 zile calendaristice.

2. In cazul in care asiguratorul sau oricare dintre partile implicate nu este de acord cu decizia Comisiei, o poate contesta la instanta de judecata competenta, in termen de 15 zile de la data comunicarii deciziei.
3. Procedura stabilirii cazurilor de malpraxis nu impiedica liberul acces la justitie potrivit dreptului comun.
5. Intreaga procedura de stabilire a cazurilor de malpraxis, pana in momentul sesizarii instantei, este confidentiala.
6. Incalcarea confidentialitatii de catre persoana care a facut sesizarea sau de catre un reprezentant al acesteia duce la pierderea dreptului de a beneficia de procedura de conciliere.
7. Incalcarea confidentialitatii de catre membrii Comisiei sau expertii desemnati de aceasta atrage sanctiuni profesionale si administrative, conform regulamentelor aprobate.
8. Dispozitii finale
10. Comisia intocmeste un raport anual detaliat pe care il prezinta Ministerului Sanatatii.
11. Pe baza datelor astfel obtinute, Ministerul Sanatatii elaboreaza un raport anual national asupra malpraxisului medical, pe care il prezinta Parlamentului, Guvernului si opiniei publice.

Instanta competenta sa solutioneze litigiile prevazute in prezenta lege este judecatoria in a carei circumscriptie teritoriala a avut loc actul de malpraxis reclamat.



Actele de malpraxis in cadrul activitatii medicale de preventie, diagnostic si tratament se prescriu in termen de 3 ani de la producerea prejudiciului, cu exceptia faptelor ce reprezinta infractiuni.

2. Omisiunea incheierii asigurarii de malpraxis medical sau asigurarea sub limita legala de catre persoanele fizice si juridice prevazute de prezenta lege constituie abatere disciplinara si se sanctioneaza cu suspendarea dreptului de practica sau, dupa caz, suspendarea autorizatiei de functionare.
3. Aceasta sanctiune nu se aplica daca asiguratul se conformeaza in termen de 30 de zile obligatiei legale.

Prevederile prezentului titlu nu se aplica activitatii de cercetare biomedicala.



In termen de 60 de zile de la intrarea in vigoare a prezentului titlu, Ministerul Sanatatii si Comisia de Supraveghere a Asigurarilor vor elabora impreuna, prin ordin comun sau separat, dupa caz, normele metodologice de aplicare a acestuia.



La data intrarii in vigoare a prezentului titlu orice dispozitie contrara se abroga.

# FINANŢAREA UNOR CHELTUIELI DE SĂNĂTATE

În scopul combaterii consumului excesiv de produse din tutun şi băuturi alcoolice, altele decât vinul şi berea, prevăzute în prezenta lege, precum şi pentru finanţarea cheltuielilor de sănătate, se instituie unele contribuţii ce se constituie ca venituri proprii ale Ministerului Sănătăţii.

Veniturile prevăzute la art. 304, gestionate de catre Ministerul Sănătăţii, sunt folosite pentru:

1. investiţii în infrastructură şi dotări la spitale;
2. finanţarea programelor naţionale de sănătate
3. rezerva Ministerului Sănătăţii pentru situaţii speciale;
4. finanţarea structurilor şi serviciilor medicale din cadrul Sistemului Naţional Integrat de Asistenţă Medicală de Urgenţă şi Prim Ajutor Calificat.
5. transferuri catre bugetul Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate pentru medicamentele acordate în ambulatoriu pensionarilor în cadrul programului social al Guvernului conform prevederilor HG 186/2009.
6. alte destinaţii în cadrul sistemului de sănătate stabilite prin hotărâre a Guvernului.
7. În aplicarea prevederilor art. 302 si 303 se stabilesc următoarele măsuri:
8. persoanele juridice care produc sau importă produse din tutun contribuie astfel:
   1. pentru ţigarete cu suma de 20 euro/1.000 de ţigarete;
   2. pentru ţigări şi ţigări de foi cu suma de 20 euro/1.000 de bucăţi;
   3. pentru tutun destinat fumatului cu suma de 23 euro/kg;
9. persoanele juridice care produc, efectuează achiziţii intracomunitare sau importă băuturi alcoolice, slab alcoolizate, cu zaharuri adaugate şi produse intermediare, aşa cum sunt definite prin Legea nr. [571/2003](file:///D:\\Users\\Methos\\Sintact%202.0\\cache\\Legislatie\\temp\\00070190.htm) privind Codul fiscal, cu modificările şi completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României nr.927 din 23 decembrie 2003, contribuie cu suma de 240 euro/hectolitru alcool pur sau 2,4 euro/fiecare litru alcool pur;
10. persoanele juridice care realizează încasări din activităţi publicitare la produse din tutun şi băuturi alcoolice contribuie cu o cotă de 14% din valoarea acestor încasări, după deducerea taxei pe valoarea adăugată.
11. Valoarea în lei a contribuţiilor prevăzute la alin. (1), stabilită potrivit legii în echivalent euro/unitate de măsură, se determină prin transformarea sumelor exprimate în echivalent euro la cursul de schimb valutar utilizat pentru calculul accizelor, la data plăţii acestor contribuţii.
    1. Contribuţiile prevăzute la art. 305 alin.(1) lit.a) şi b) se virează, la termenul pentru plata accizelor prevăzut în Legea nr.571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările şi completările ulterioare, într-un cont colector, deschis la Trezoreria Statului.
    2. Pentru neplata la scadenţă a contribuţiilor se calculează şi se datorează accesorii în condiţiile Ordonanţei Guvernului nr. [92/2003](file:///D:\Users\Methos\Sintact%202.0\cache\Legislatie\temp\00086375.htm) privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.
    3. Contribuţiile prevăzute la art. 305 alin. (1) lit. a) şi b) încasate în vamă la momentul înregistrării declaraţiei vamale de import, se virează de către autoritatea vamală în ziua lucrătoare următoare celei în care au fost încasate contribuţiile, într-un cont colector deschis la Trezoreria Statului..
    4. Contribuţia prevăzută la art. 305 alin. (1) lit. c) se virează într-un cont colector deschis la trezoreria Statului, până la data de 25 a lunii următoare prestării serviciului.
    5. Pentru neplata la scadenţă a contribuţiilor se calculează şi se datorează accesorii în condiţiile Ordonanţei Guvernului nr. [92/2003](file:///D:\Users\Methos\Sintact%202.0\cache\Legislatie\temp\00086375.htm) privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările şi completările ulterioare’’.
    6. Contributiile prevazute la art. 305 alin. (1) se administreaza de catre organele fiscale competente din subordinea Agentiei Nationale de Administrare Fiscala potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 92/2003 privind Codul de procedura fiscala, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare."
    7. Contribuţiile de la alin. (1) - (4) se transferă de unităţile Trezoreriei Statului la data de 1 şi 15 ale fiecărei luni, în contul de venituri proprii al Ministerului Sănătăţii
12. Veniturilor şi cheltuielilor prevăzute la prezentul titlu li se aplică prevederile referitoare la bugetele de venituri şi cheltuieli ale unor activităţi, instituite prin Legea nr. [500/2002](file:///D:\Users\Methos\Sintact%202.0\cache\Legislatie\temp\00057056.htm) privind finanţele publice, cu modificările ulterioare.
13. Contribuţiile pentru finanţarea cheltuielilor de sănătate rămase la sfârşitul anului se reportează în anul următor şi se utilizează cu aceeaşi destinaţie.
14. Disponibilităţile temporare din contribuţiile constituite ca venituri proprii ale Ministerului Sănătăţii se păstrează la trezoreria statului şi sunt purtătoare de dobândă în condiţiile stabilite prin convenţia încheiată între Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Finanţelor Publice.

Utilizarea veniturilor prevăzute la art. 304 în alte scopuri decât cele menţionate la art. 303 constituie infracţiune de deturnare de fonduri şi se pedepseşte conform legii.

# Dispozitii finale si tranzitorii

Prezenta lege intra in vigoare astfel:

1. La 3 zile de la publicare: Titlul VII – “Cardul”, Titlul IX – “Transplantul”, Titlul X – “Personalul din sanatate”;
2. La 90 de zile de la publicare, Titlul I –“Sanatatea Publica”, Titlul II – “Programele Nationale de Sanatate”, Titlul III – “Asistenta medicala primara”, Titlul IV – “Asistenta medicala ambulatorie”, Titlul VIII “Managementul calitatii in sistemul de sanatate”, Titlul XI – “Raspunderea civila” si Titlul XII – “Finantarea unor cheltuieli de sanatate”;
3. La data de 01 ianuarie 2014 Titlul V “Spitalele”;
4. La data de 01 ianuarie 2015 Titlul VI – “Sistemul asigurarilor de sanatate”.

Titlul IV “Sistemul national de medicina de urgenta si de prim ajutor calificat” din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si legislatia secundara elaborata in baza acestuia, raman in vigoare.

. Titlul XVI - “Înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Şcolii Naţionale de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti” din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare precum si legislatia seundara elaborata in baza acestui titlu, raman in vigoare.

Titlul XVII “ Medicamentul” din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi legislaţia secundară elaborată în baza acestuia rămân în vigoare, cu urmatoarele completari:

1. Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale este institutie publica sanitara, cu personalitate juridica, in subordinea Ministerului Sanatatii care se finanteaza din venituri proprii.
2. Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale este autoritate competenta nationala in domeniul medicamentelor de uz uman si al dispozitivelor medicale.

La data intrarii in vigoare a prezentei legi titlurile din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, se abroga, cu exceptia celor de la art…(urgenta).,art…(scoala).,art….(medicamentul).